IX kadencja

SEJM RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

KANCELARIA SEJMU
Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ **Komisji Zdrowia**
(nr 174)
z dnia 8 czerwca 2022 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Zdrowia (nr 174)

8 czerwca 2022 r.

Komisja Zdrowia, obradująca pod przewodnictwem posłów: **Tomasza Latosa (PiS)**, przewodniczącego Komisji oraz **Czesława Hoca (PiS)** i **Bolesława Piechy (PiS)**, zastępców przewodniczącego Komisji, rozpatrzyła:

– informację na temat roli i zadań podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) oraz planowanych mechanizmach umożliwiających pełną realizację powierzonych POZ zadań.

W posiedzeniu udział wzięli: **Marcin Martyniak** podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Agnieszka Mastalerz-Migas** konsultant krajowy w dziedzinie medycyny rodzinnej, **Maria Gostyńska** doradca ekonomiczny w Departamencie Zdrowia Najwyższej Izby Kontroli, **Maciej Karaszewski** zastępca dyrektora Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej Narodowego Funduszu Zdrowia, **Anna Stelmach-Młynarska** naczelnik wydziału w Departamencie Strategii i Działań Systemowych Biura Rzecznika Praw Pacjenta, **Marzena Binek** oraz **Jan Pachocki** eksperci Pracodawców RP, **Milena Dobrzyńska** radca prawny w Zespole Radców Prawnych Naczelnej Izby Lekarskiej, **Bożena Janicka** prezes Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia ze współpracownikiem, **Dorota Ronek** członek Zarządu Krajowego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych oraz **Joanna Zabielska-Cieciuch** ekspert Federacji Związków Zawodowych Pracodawców Ochrony Zdrowia Porozumienie Zielonogórskie.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Monika Korzewicz**, **Małgorzata Siedlecka-Nowak**, **Jakub Stefański** oraz **Monika Żołnierowicz-Kasprzyk** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dzień dobry. Witam państwa bardzo serdecznie na posiedzeniu Komisji Zdrowia. Witam serdecznie panie i panów posłów. Witam pana ministra ze współpracownikami. Witam zaproszonych gości. Stwierdzam kworum.

Szanowni państwo, porządek dzisiejszego posiedzenia przewiduje rozpatrzenie informacje na temat roli i zadań podstawowej opieki zdrowotnej oraz planowanych mechanizmów umożliwiających pełną realizację powierzonych POZ zadań. Jest to temat z planu pracy Komisji.

Czy są uwagi do porządku dziennego? Nie widzę zgłoszeń. Stwierdzam zatem, że porządek dzienny został przyjęty i przechodzimy do jego realizacji. Bardzo proszę o zabranie głosu pana ministra.

Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Marcin Martyniak:

Dzień dobry, szanowni państwo. Szanowne panie posłanki, szanowni panowie posłowie, Wysoka Komisjo, w dniu dzisiejszym będziemy rozpatrywać informację dotyczącą zadań i celów podstawowej opieki zdrowotnej oraz planów, które tej materii dotyczą. Jak wszyscy wiemy POZ odgrywa kluczową rolę w systemie opieki zdrowotnej, gdyż stanowi pierwszy punkt styku z pacjentem. To jest punkt wejścia pacjenta do systemu. Zadaniem POZ są nie tylko właściwa ocena potrzeb, wczesna diagnoza i profilaktyka, ale również kompleksowe zapewnienie opieki zdrowotnej nad świadczeniobiorcą i jego rodziną, także koordynacja tej opieki, ocena potrzeb, ustalenie priorytetów zdrowotnych całej populacji objętej opieką, w szczególności działań nakierunkowanych na profilaktykę, rozpoznawanie i ograniczanie zagrożeń albo eliminowanie ich nawet oraz zapewnienie edukacji świadczeniobiorcy w zakresie odpowiedzialności za własne zdrowie.

Jeśli chodzi o dotychczasowe działania, należy zwrócić uwagę w szczególności na fakt związany z nakładami, jakie zostały poczynione w ostatnich latach. Było to ponad 11 mld z budżetu NFZ w 2018 r. W roku od 2021 było to już ponad 17,5 mld, co oznacza bardzo dużą dynamikę – 6 mld w ciągu trzech-czterech lat.

Warto zwrócić uwagę również na proporcje związane z kosztami świadczeń opieki zdrowotnej całościowo i opieki zdrowotnej rozumianej jako POZ. W 2021 r. ten wskaźnik dynamiki był dwukrotnie większy dla POZ niż dla reszty świadczeń, co pokazuje, że ta kwestia była istotna, była bardzo mocno dofinansowana i stanowiła dla nas pewnego rodzaju trzon działania. Jeśli chodzi o aspekt związany jeszcze z tym obszarem finansowym, warto zwrócić uwagę na to, że ze względu na wyższe koszty funkcjonowania placówek medycznych, Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji podwyższyła stawki mniej więcej o 4%, co również dotyczyło placówek podstawowej opieki zdrowotnej.

Jeśli chodzi o kolejne aspekty ekonomiczne, wartość stawki kapitacyjnej świadczenia lekarza POZ również jest objęta pewnego rodzaju dynamiką. W 2020 r. było niewiele ponad 162 zł, a w chwili obecnej mamy prawie 180 zł.

Jednak mimo to, że podejmujemy działania, które zmierzają do usprawnienia funkcjonowania tego obszaru systemu ochrony zdrowia, dostrzegamy pewnego rodzaju potrzeby zmian. W związku z tymi zidentyfikowanymi potrzebami został powołany w lipcu 2021 r. zespół do zmian w POZ. Na czele tego zespołu stanęła obecna tutaj pani profesor Mastalerz-Migas, konsultant krajowy w dziedzinie medycyny rodzinnej.

Zadaniem tego zespołu było wypracowanie zmian w zakresie finansowania, ale również koncepcji bardziej holistycznejm dotyczącej funkcjonowania organizacyjnego. Pani profesor, której później oddam głos, jeżeli pan przewodniczący pozwoli, opowie szerzej o tych zmianach. Ja chciałbym tylko i wyłącznie zasygnalizować, jakie to są elementy.

W szczególności jest to obszar budżetu powierzonego. Regulacja ta umożliwia określenie maksymalnej kwoty zobowiązania, jaką może rozdystrybuować świadczeniodawca POZ, co skutkować będzie zwiększeniem skuteczności procesu koordynacji opieki nad świadczeniobiorcą. Zespół ukierunkował szczególnie na pacjentów, którzy mają wybrane schorzenia przewlekłe, co w naturalny sposób kierunkuje nas na opiekę kompleksową. Lekarz będzie mógł kierować pacjenta na diagnostykę i poszerzony zakres badań, o których pani doktor za chwilkę wspomni.

Cóż jeszcze? Jeśli mówimy o kwestiach koordynacji opieki w POZ, to warto zwrócić uwagę na to, że w procesie koordynacji istnieje również instytucja koordynatora, który ma na celu kompleksową, holistyczną opiekę nad pacjentem i prowadzenie go od początku do końca na tym pierwszym etapie, na tym pierwszym poziomie. Celem koordynatora jest nie tylko opieka nad pacjentem, ale również koordynowanie na poziomie instytucjonalnym pewnych działań. Koordynator otrzymuje oczywiście stawkę kapitacyjną za każdego pacjenta.

Jeśli chodzi jeszcze o kwestie związane z POZ, to nie sposób nie wspomnieć o zmianach dotyczących teleporad, które były istotnym elementem w okresie pandemicznym. Dostrzegamy ich zarówno wady, jak i zalety. W 2021 r. stanowiły mniej więcej 1/4 wszystkich świadczeń udzielanych w POZ, co jest dla nas wskaźnikiem umiarkowanie optymalnym. Natomiast zdarzały się oczywiście pewnego rodzaju aberracje w tym zakresie. Dlatego też Ministerstwo Zdrowia, w porozumieniu z Narodowym Funduszem Zdrowia, pod koniec 2021 r. przez trzy miesiące wprowadziło pewnego rodzaju gratyfikacje dla placówek POZ, które świadczyły porady w wersji fizycznej z pominięciem środków wirtualnych tudzież telefonicznych.

Należy jeszcze wspomnieć o aspekcie związanym z funkcją POZ, a raczej miejscem PZU w obszarach strategicznych dla Ministerstwa Zdrowia. Mam tutaj na myśli nie tylko Krajowy Plan Odbudowy, który zakłada rozszerzenie umów na dodatkowe środki o profilaktykę i promowanie efektu zdrowotnego, ale również powiązanie POZ w pewien sposób z Narodową Strategią Onkologiczną i profilaktyką ukierunkowaną. Nie należy też zapominać o subfunduszu rozwoju profilaktyki w Funduszu Medycznym, który także w pewien sposób wzmacnia placówki podstawowej opieki zdrowotnej. Bardzo bym prosił, jeśli mogę, panie przewodniczący, o oddanie głosu pani profesor.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Tak, oczywiście. Bardzo się cieszę. Pani profesor, proszę uprzejmie. Proszę o zabranie głosu i oczywiście najpierw przedstawienie się.

Konsultant krajowy w dziedzinie medycyny rodzinnej Agnieszka Mastalerz-Migas:

Bardzo dziękuję. Panie przewodniczący, szanowni państwo, nazywam się Agnieszka Mastalerz-Migas. Jestem konsultantem krajowym w dziedzinie medycyny rodzinnej i, tak jak wspomniał pan minister, już blisko rok temu zostałam powołana jako przewodnicząca zespołu do spraw zmian w podstawowej opiece zdrowotnej. Działanie zespołu zostało zaplanowane na 12 miesięcy, dlatego z dniem 30 czerwca zespół kończy działalność.

Zespół wytyczył sobie pewne obszary, które po dyskusjach uznaliśmy za kluczowe do poprawy, do zmian w podstawowej opiece zdrowotnej. Jednym z głównych celów zespołu było przygotowanie wdrożenia systemowego opieki koordynowanej, która jako rozwiązanie systemowe została zapisana w ustawie o podstawowej opiece zdrowotnej z października 2017 r. z odroczoną datą wejścia w życie, i ta data nadeszła 1 października 2021 r.

Pandemia i różne kwestie organizacyjne spowodowały, że nastąpiło pewne opóźnienie realizacji pilotażu POZ PLUS, który był realizowany przez 3 lata i miał przygotować i wypracować rozwiązania do opieki koordynowanej. Ten pilotaż zakończył się 30 września, co spowodowało, że było bardzo mało czasu na analizę wyników. Ten termin ustawowy zaistniał, natomiast oczywiście to w jakiś sposób ukierunkowało pracę, ale jednocześnie część rozwiązań udało się wprowadzić 1 października. To był koordynator – tak jak wspomniał pan minister – który uzyskał możliwość zaistnienia w podstawowej opiece zdrowotnej, wyceniony w formie stawki kapitacyjnej za pacjentów powyżej 24 r.ż. Natomiast, ponieważ nie było wypracowanych rozwiązań systemowych pełnej opieki koordynowanej, na tym pierwszym etapie koordynatorowi została powierzona przede wszystkim funkcja aktywizacji pacjentów w zakresie zgłaszania się na badania profilaktyczne. Dlatego ta stawka kapitacyjna została określona na dosyć niewysokim poziomie.

Ten ostatni rok poświęciliśmy na zajęcie się takimi obszarami, które uznaliśmy za najistotniejsze, a zatem obszar profilaktyki w podstawowej opiece zdrowotnej, obszar zwiększenia możliwości diagnostycznych – problem, który bardzo często był postulowany jako brak pewnych badań możliwych do zlecania z poziomu POZ – no i właśnie opieka kompleksowa na pacjentami chorymi przewlekle w wybranych jednostkach chorobowych, w formie opieki kompleksowej opartej na formule koordynacji.

To, co zostało przygotowane, jeśli chodzi o profilaktykę, to przeprocesowaliśmy zmiany w bazowym dla podstawowej opieki zdrowotnej programie, jakim jest profilaktyka chorób układu krążenia. Ten program został uproszczony. Co bardzo ważne, rozporządzeniem panie pielęgniarki już wkrótce zostaną dopuszczone do realizacji tego programu w pełni, bez udziału lekarza. Tutaj zostały również zaproponowane premie dla najlepszych, czyli premie dla świadczeniodawców, którzy podejmą się aktywnej realizacji tego programu i osiągną najlepsze wyniki.

Kolejne programy, które są realizowane w podstawowej opiece zdrowotnej, to oczywiście program Profilaktyka 40 Plus, który powoli, ale wydaje się, że się rozkręca. Tutaj jest pytanie otwarte, czy i jak ten program będzie kontynuowany. Część POZ go realizuje, część przynajmniej informuje pacjentów.

No i programy onkologiczne. Część podstawowej opieki zdrowotnej realizuje program profilaktyki raka szyjki macicy. Tutaj również zostały zaproponowane algorytmy premiowania tych placówek POZ, które ten program realizują i osiągają określone wskaźniki objęcia populacji.

Kolejny program, jaki jest realizowany w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia, to jest program badań mammograficznych. One oczywiście są realizowane poza POZ, niemniej jednak podstawowa opieka zdrowotna również ma bardzo istotną rolę właśnie w zachęcaniu pacjentek do realizacji tego programu.

Jeśli chodzi o zwiększenie możliwości diagnostycznych, to tutaj wkraczamy w obszar tak zwanego budżetu powierzonego, o którym wspomniał pan minister. Budżet powierzony był również przewidziany w ustawie o podstawowej opiece zdrowotnej w ramach

koordynacji, ale jednocześnie wymagał zmian w ustawie o świadczeniach finansowanych ze środków publicznych. Taka zmiana dokonała się wiosną 2022 r., co pozwoliło otworzyć dalsze prace legislacyjne nad określeniem badań i kwoty powierzenia.

Żeby maksymalnie zapewnić pacjentom dostęp do badań, które od dawna były postulowane jako najbardziej pożądane w diagnostyce i umożliwiające postawienie rozpoznań w najczęstszych jednostkach chorobowych, postanowiliśmy podzielić ten budżet na taki, który zostanie przydzielony każdej placówce podstawowej opieki zdrowotnej, niezależnie od realizacji opieki koordynowanej. W tej chwili rozporządzenie jest jeszcze w konsultacjach publicznych.

Tutaj zostały zaproponowane takie badania – tak jak wspomniałam – często postulowane przez lekarzy, jak ferrytyna, witamina B12, przeciwciała anty-HCV, antygen helicobacter pylori w kale, a także, aby zredukować zbędną antybiotykoterapię, która jak wiemy jest w naszym kraju bardzo poważnym problemem, zostały wprowadzone szybkie testy do diagnostyki point-of-care. To są szybkie testy CRP w populacji dziecięcej, bo tutaj ten test jest najbardziej wiarygodny, to są testy ilościowe i Strep Test do wykrywania antygenu paciorkowca. Tak jak powiedziałam, ten budżet będzie zaproponowany każdej placówce. To będzie kwota powierzenia, z której po prostu będzie można zlecać te badania.

Natomiast największą zmianą, jaka zaistnieje od jesieni, jest przygotowanie opieki koordynowanej, która opiera się na poszerzonym pakiecie badań diagnostycznych. Tutaj już mamy poważne poszerzenie, dlatego że w budżecie powierzonym znajdą się takie badania, choćby z obszaru kardiologii, jak badanie echo serca, badanie holterowskie, czy to EKG czy ciśnieniowy, EKG wysiłkowe, Dopplery naczyniowe, NT-proBNP, oznaczanie albuminurii w moczu, badania z kręgu endokrynologii jak przeciwciała przeciwtarczycowe, biopsja aspiracyjna cienkoigłowa. Zaproponowaliśmy również, aby badanie spirometryczne, które obecnie znajduje się w koszyku badań diagnostycznych, zostało z tego koszyka wyjęte jako badanie finansowane odrębnie i aby była możliwość sfinansowania również takiego badania z próbą rozkurczową, co pozwoli na diagnostykę przewlekłej obturacyjnej choroby płuc w podstawowej opiece zdrowotnej. I tutaj, w połączeniu z tym budżetem powierzonym, mówimy o opiece kompleksowej nad pacjentem chorym przewlekle.

Ustaliliśmy, że na tym pierwszym etapie wdrożenia koordynacji opieki wybierzemy najczęstsze schorzenia cywilizacyjne, które stanowią istotny problem w opiece. Zatem w pierwszej kolejności do koordynacji wejdą cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, niewydolność serca, przewlekła choroba niedokrwienna serca, migotanie przedsionków, astma, POChP, niedoczynność tarczycy i guzek pojedynczy lub guzki mnogie tarczycy. Te choroby będą mogły być objęte kompleksową opieką.

Co oprócz tych poszerzonych badań diagnostycznych w ramach koordynacji opieki otrzyma pacjent podstawowej opiece zdrowotnej? W pierwszej kolejności, właśnie opiekę koordynatora, który ma być tym pomocnikiem pacjenta w poruszaniu się po systemie. Ma go wspierać w ustalaniu konsultacji, w ustalaniu badań diagnostycznych i powodować, że pacjent będzie bardziej objęty opieką, bo nie będzie musiał na własną rękę wyszukiwać sobie terminów, ustalać badań i wizyt w poradni specjalistycznej.

Tuta, oprócz tego budżetu powierzonego i koordynatora, bardzo ważnym elementem jest również nawiązanie współpracy ze specjalistami tych dziedzin, które zajmują się chorobami, które wymieniłam, a zatem z diabetologiem, kardiologiem, pulmonologiem czy alergologiem w przypadku astmy i endokrynologiem, a którzy będą współpracować z danym podmiotem i konsultować pacjentów z podmiotu. Pewną nowością będzie możliwość wykonania konsultacji lekarz-lekarz. Konsultacji zdalnej w przypadku placówek, które są odrębne, ewentualnie konsultacji będącej po prostu rozmową dwóch specjalistów na temat pacjenta, bez konieczności kierowania pacjenta na taką konsultację. Jest to więc nowość również postulowana przez wielu kolegów jako przydatne narzędzie takiego powiedzmy mini konsylium.

Co bardzo ważne, w ramach właśnie opieki kompleksowej – czyli mówimy tutaj o programie zarządzania chorobą przewlekłą – lekarz opiekujący się pacjentem w podstawowej opiece zdrowotnej będzie miał obowiązek raz w roku odbyć wizytę kompleksową. Ta wizyta musi wiązać się z wytworzeniem dla pacjenta indywidualnego planu opieki

medycznej, tak zwanego IPOM-u, w którym będzie zaplanowana droga pacjenta na najbliższe 12 miesięcy, czyli opisane postępowanie farmakologiczne niefarmakologiczne, kwestie wymaganych konsultacji badań, wizyt kontrolnych. Oczywiście to nie oznacza, że pacjent chory przewlekle ma mieć tylko jedną wizytę w roku, ale to ma być ta główna wizyta, dłuższa, taka z badaniami diagnostycznymi, w pełni oceniająca stan zdrowia pacjenta. Natomiast oczywiście pacjent w bardziej zaawansowanym stanie będzie wymagał również wizyt kontrolnych, które będą realizowane po prostu w ramach kapitacyjnej.

Co jeszcze bardzo ważne, chcemy bardziej wykorzystać potencjał pań pielęgniarek. Zaproponowaliśmy więc, żeby pacjenci przewlekle chorzy w tych ścieżkach, które wymieniłam, mieli dostęp również do edukacji na temat postępowania w chorobie przewlekłej. Wiemy, że w chorobach przewlekłych to jest bardzo ważny aspekt i niestety zaniedbany. Zatem panie pielęgniarki będą mogły takie wizyty edukacyjne realizować i będą one finansowane.

Zaproponowaliśmy również, właśnie w tym duchu wykorzystania kompetencji pań pielęgniarek, aby wzmocnić tutaj finansowanie i zachęty do lepszej opieki nad pacjentami z ranami przewlekłymi, zarówno w ramach wizyt domowych, jak i wizyt w przychodni. Wprowadziliśmy też propozycję dodatkowej opieki nad pacjentem, który jest wypisywany ze szpitala po ciężkim, po dużym zabiegu operacyjnym, czyli wzmocnienie tak zwanej transition care, tego przejścia z opieki szpitalnej do opieki ambulatoryjnej.

Czyli ta zmiana to jest oczywiście zmiana na kilku polach. Myślę, że ona jest bardzo ważną zmianą systemową, dlatego że jeśli mówimy o płatnościach, to jest to odejście od tego systemu znanego nam od lat, czyli właściwie czystego systemu ryczałtowego z niewielkimi płatnościami fee for service, i przejście na system mieszany, gdzie zostaje stawka kapitacyjna, no bo wiemy, że POZ musi zapewnić dostępność do wszystkich świadczeń, które tutaj zostały wymienione, również do zachorowań ostrych. Właściwie POZ zaopatruje wszelkie problemy pacjentów, z jakimi się zgłaszają. Zostaje więc stawka kapitacyjna, natomiast pojawia się budżet powierzony, który zapewnia finansowanie zadaniowe w tych obszarach, na których nam najbardziej zależy, czyli właśnie opieki nad chorymi z najczęstszymi chorobami przewlekłymi.

Chcemy, aby docelowo ścieżka wyglądała w ten sposób, że pacjent ma wykonywane regularnie badania profilaktyczne, ma stosunkowo wcześnie wykrytą chorobę i następnie jest obejmowany opieką kompleksową, we współpracy ze specjalistami wybranych dziedzin, jeśli to jest konieczne, natomiast nie jest kierowany do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, gdzie często nam znika z oczu. Czyli to ma zapewnić większą rolę lekarza rodzinnego w opiece kompleksowej nad pacjentem. Ma dać mu narzędzia do tej opieki, ma dać dodatkowe finansowanie i zachęcić do tego, żeby po prostu pacjent był objęty opieką w podstawowej opiece zdrowotnej.

Myślę, że to jest korzystna zmiana dla pacjentów, dlatego że przy udziale koordynatora otrzymują możliwość opieki w tej placówce, w której po prostu na stałe się leczą, bez konieczności poszukiwania pomocy w systemie na własną rękę. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Bardzo dziękuję za tak szczegółowe przedstawienie zagadnienia. Szanowni państwo, otwieram dyskusję. Pierwsza osoba, która się zgłosiła, to pani poseł Skowrońska. Bardzo proszę.

Poseł Krystyna Skowrońska (KO):

Poprosiłam o ten głos, bo w sytuacji, kiedy pani profesor przedstawia, a my mamy sobie z tego robić notatki, to chyba przyjmujemy jako pewne wyjaśnienie... Ja będę mówiła o samym materiale i o tym, czego w tym materiale nie ma, jeżeli państwo sygnalizujecie pewne zagadnienia.

Chciałabym rozpocząć od tego, aby pan minister przedstawił, jak zmieniała się stawka kapitacyjna, bo zaskoczona jestem, że dzisiaj mówi się o stawce kapitacyjnej w odniesieniu do grupy wiekowej powyżej 24. Ja przypominam sobie początki, bo nie rozmawiamy zbyt często o tym, jak wygląda dzisiaj stawka kapitacyjna podzielona na grupy wiekowe. Na grupy wiekowe, bo na początku, w okresie, kiedy były stawki dla POZ, to w przypadku lekarza, w zależności od grup wiekowych ta stawka kapitacyjna wynosiła różnie.

Nie będziemy umieli sobie odpowiedzieć na pytanie, czy ta stawka kapitacyjna jest dobrze oszacowana czy niedobrze, w sytuacji, kiedy mamy szalejącą inflację. Na to pytanie nie potrafimy sobie odpowiedzieć.

Przedstawiciele prezentują tę informację o planowanych zmianach dotyczących zwiększenia dostępu do świadczeń w zakresie profilaktyki chorób krążenia. Jest to dla mnie takie ogólne stwierdzenie. Nie napisano, ile, nie napisano, w jaki sposób będzie to zrobione.

W sposób szczególny interesuje mnie sprawa informacji, którą państwo zawarli tutaj, związanej z teleporadami, bo to mówi o jakości... To mówi między innymi o kontakcie pacjenta z lekarzem. O ile w sytuacjach kontynuacji czy wypisywania recept, możemy takie działanie przyjąć za rzecz normalną, o tyle zmianę tego sposobu świadczenia usługi należałoby pokazać, a państwo nie pokazali, ile to będzie i jak. Pokazujecie tylko wierzchołek góry lodowej, mówiąc, że to zmieniacie. Nie pokazaliście państwo sposobu, w jaki to będzie zrobione. Oczekuję na piśmie takiej informacji.

Państwo napisali „POZ a projekty strategiczne". No i tu jest jeszcze więcej znaków zapytania. Po pierwsze, Krajowy Plan Odbudowy. Poza dwiema linijkami, w których państwo piszecie „...w umowach o świadczenie usług w zakresie POZ...".... Ja się nawet dziwię, że państwo to wpisali w tym materiale – tylko że, to było w maju – ale dzisiaj, kiedy znamy te kamienie milowe, to się to oddala i nie wiemy, kiedy, nie wiemy, jak, a jeżeli państwo chcecie porządnie mówić o ochronie zdrowia, życia i świadczeń, to może należałoby nam powiedzieć, kiedy ten tak zwany efekt zdrowotny, kiedy te pieniądze po prostu przyjdą, żeby one fizycznie były na to zadanie wykorzystane.

W przypadku Narodowej Strategii Onkologicznej też chciałabym więcej niż tylko sygnał tutaj pokazany, bo te projekty strategiczne powinny być bardziej rozwinięte. I my powinniśmy to otrzymać, jeżeli państwo macie się czym pochwalić.

Fundusz Medyczny. Ja bym uprzejmie poprosiła, jeśli chodzi o ten Subundusz Rozwoju Profilaktyki w ramach Funduszu Medycznego, żeby nam to podać na liczbach – ile tych pieniędzy trafiło do POZ. Dlaczego? Dlatego, że my przez wszystkie lata słyszymy, że brak wykorzystania Funduszu Medycznego, a zatem teoretycznie szans... Jak by ktoś powiedział – pieniądze na to są, czy kasa na to jest, a realizacja Funduszu Medycznego wygląda bardzo kiepsko. W tym zakresie ten Subfundusz Rozwoju Profilaktyki należałoby przynajmniej nam pokazać. Pokazać etapy, na których będziecie państwo to realizować.

Może państwo macie na temat wiedzę, ale ten materiał nie jest materiałem najlepszym, którym państwo możecie się pochwalić, bo on jest nieczytelny, niezrozumiały. On jest po prostu tylko napisany.

Chciałabym jeszcze poruszyć dwie ważne rzeczy... W zakresie opieki pielęgniarskiej nie piszecie państwo, w jaki sposób będzie ten tryb dokonywania świadczeń, a zatem podpisywania umów w zakresie świadczenia takiej opieki pielęgniarskiej jako odrębnych podmiotów na rynku poza placówkami POZ, albo to będą placówki POZ pielęgniarskie. Jak ten nowy model będzie wyglądał. I ostatnie...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Pani poseł, przepraszam, bo bardzo długo pani mówi. To jest na pewno wszystko ważne, ale jednak prosiłbym o jakiś umiar...

Poseł Krystyna Skowrońska (KO):

Ale, panie przewodniczący...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

... bo dużo osób się zgłosiło...

Poseł Krystyna Skowrońska (KO):

To znaczy, że ci wszyscy, tak jak ja...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Ja w tej chwili widzę 5 zgłoszeń...

Poseł Krystyna Skowrońska (KO):

...że ten materiał jest kiepski, bo ja...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Nie, wcale nie dlatego. Ja zabiorę głos, bo uważam, że materiał, ale przede wszystkim wypowiedź pani profesor jest bardzo interesująca...

Poseł Krystyna Skowrońska (KO):

Ale to pan robił notatki, bo trzeba było...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Naprawdę, do puenty. Bardzo proszę panią poseł.

Poseł Krystyna Skowrońska (KO):

Chciałabym podjąć interwencję, również u pana ministra, w zakresie zmian. Lekko to się wiąże, ale wiąże się to z opieką nad pacjentem – aptekarze i zmiana terminu wypłat za wydane leki na recepty. Państwo dokonali zmiany od 16., i ten termin ma być dwutygodniowy. Aptekarze przy obecnej sytuacji zwracają uwagę – oni angażują swoje środki, jest wysoka inflacja i wszystko. Dlaczego oni mają dwa tygodnie czekać na refundację, na przekazywanie pieniędzy? To wymaga pilnej rewizji w obecnej sytuacji, kiedy inflacja szaleje i wszystkie inne rzeczy związane z kosztami pracy, nałożone między innymi na tę grupę... I myślę, że pan przewodniczący też nie jest do końca zadowolony z tego materiału. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Pani poseł, ja mam określone uwagi, zastrzeżenia, jeżeli chodzi w ogóle o organizację ochrony zdrowia w zakresie właśnie POZ, ale to, co powiedziała pani profesor, zabrzmiało dla mnie bardzo interesująco. Ja do tego później się odniosę, a teraz zgłosiło się też kilku innych lekarzy, i nie tylko. Pan poseł Hardie-Douglas, bardzo proszę.

Poseł Jerzy Hardie-Douglas (KO):

Dziękuję bardzo. Ja też z wielkim zainteresowaniem wysłuchałem tego, jak również udało mi się przeczytać materiał, który został nam dostarczony. Po pierwsze, chciałem spytać, bo pani profesor powiedziała, że pilotaż czegoś, co się nazywa POZ Plus – to już mi się nóż w kieszeni otwiera, ale był taki pilotaż... Mówiła pani profesor, że mieliście krótki okres do przeanalizowania wyników. Czy te wyniki zostały przeanalizowane i czy w tej chwili widzicie, że zaproponowane zmiany się sprawdzają, czy nie?

Teraz przejdę do moich różnych wątpliwości. Przede wszystkim mam wielką wątpliwość odnośnie do tego, czy znaczna część rzeczy, o których mówiła pani profesor, to nie są pobożne życzenia. Między innymi powiedziała pani coś takiego, że jako rozwiązanie systemowe będzie możliwość nawiązania kontaktu przez lekarza POZ z różnymi specjalistami. Wymieniła pani tutaj same deficytowe specjalizacje, takie jak kardiolog, pulmonolog, endokrynolog. Ci pacjenci już teraz nie będą musieli iść do AOS-u i znikać temu lekarzowi z horyzontu – ja cytuję to, co pani mówiła, dosyć uważnie słuchałem – bo teraz już ten lekarz się zaopiekuje tymi pacjentami, którzy będą wyszczególnieni przez lekarza POZ.

Ja chcę panią zapytać. Jestem lekarzem praktykującym w 40-tysięcznym mieście, gdzie nie ma w ogóle żadnego endokrynologa. W jaki sposób ci lekarze POZ podpiszą umowę i nagle ci endokrynolodzy – skąd oni, z księżyca się wezmą – będą się opiekowali tymi pacjentami?

Pani profesor mówi, że między innymi jednym z uprawnień tego rozszerzonego katalogu diagnostyki, który będzie w POZ, będzie biopsja cienkoigłowa tarczycy. Tak to zrozumiałem. To jest chyba kompletne nieporozumienie. To znaczy, lekarz POZ będzie mówił, nie wiem komu, na przykład USG-iście, radiologowi, temu, który robi biopsję, że proszę nakłuć ten i ten guzek. Nakłuwanie zmian w wolu wieloguzkowym, zmian pojedynczych, to jest naprawdę... To, czy należy w ogóle zrobić biopsję, czy nie, to jest sztuka, której się uczą specjaliści. Nawet mając te specjalizacje nie zawsze mają pewność odnośnie do tego, czy zmiana obserwowana przez parę lat powinna być nakłuwana, czy nie. W jaki sposób ma o tym rozstrzygać lekarz POZ? Dla mnie jest to wielką niewiadomą.

Chciałem powiedzieć, że tutaj jest troszeczkę takiej nowomowy. Przy okazji chciałbym zwrócić na to uwag, że jeśli państwo dajecie nam materiały, to prosiłbym, żeby ten język był językiem ludzkim. Nie powinno się pisać czegoś takiego, „że kolejne zmiany

planowane do wdrożenia na poziomie POZ to są porady pielęgniarskie w zarządzaniu raną przewlekłą w środowisku domowym pacjenta". To jest naprawdę coś niesamowitego. Dlaczego nie można napisać „leczenie rany przewlekłej w domu chorego"? To jest po prostu jakaś nowomowa, której powinniśmy się absolutnie wystrzegać.

Na koniec chcę tylko powiedzieć, że całkowicie zgadzam się tutaj z panią poseł Skowrońską, że państwo nie pokazujecie, z czego będziecie to wszystko finansować. Dosyć ogólne są stwierdzenia dotyczące tego, co będzie, poza stawką kapitacyjną, za te zwiększone uprawnienia.

Nie bardzo wiem, co to znaczy, że pielęgniarki będą miały jakieś dodatki wtedy, kiedy... Nie wiem, to tak wygląda, jakby w jakimś konkursie występowały, że one albo dostaną pieniądze za to, co robią w domu chorego, albo nie, bo to będzie jakoś oceniane przez kogoś. To chyba pan minister o tym powiedział. W przypadku, kiedy Fundusz Medyczny jest całkowicie niewykorzystywany, kiedy pieniądze z Krajowego Funduszu Odbudowy, że tak powiem, albo będą, albo ich nie będzie, brak wskazania finansowania jest poważnym mankamentem tego opracowania. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Dziękuję też za zwięzłą wypowiedź. Teraz pan poseł Sośnierz, bardzo proszę. Ja widzę państwa zgłoszenia, także spokojnie.

Poseł Andrzej Sośnierz (PS):

Przede wszystkim w tych materiałach zwraca uwagę koncentracja na pieniądzu. Oczywiście on jest istotny, on jest paliwem, które pozwala jechać tej machinie, niemniej jednak nie widać tutaj przedstawionych rezultatów uzyskiwanych za coraz większe pieniądze, bo opieka zdrowotna nie funkcjonuje po to, żeby wydawać pieniądze, tylko po to, żeby uzyskać rezultaty zdrowotne. W takim razie nie ma w tych materiałach pewnej korelacji między tym, że jest coraz więcej pieniędzy, a tym, jakie rezultaty podstawowa opieka zdrowotna uzyskuje. Na przykład, było powszechnym zjawiskiem, że w okresie pandemii, mimo wzrastających środków, liczba porad, liczba świadczeń medycznych była zmniejszona nie tylko w POZ – w szpitalnictwie, w opiece ambulatoryjnej itd. Apelowałbym więc o to, aby przedstawiając materiały połączyć nie tylko pieniądze, ale i rezultaty.

Trudno dyskutować z dobrymi intencjami, które przyświecają zmianom, które proponowała pani profesor, bo one są słuszne i dobrze byłoby, żeby tak właśnie było. Tylko, żeby tak właśnie było, powinniśmy mieć jakąś miarę uzyskiwanych rezultatów. Czyli chodzi o to, czy państwo przyjęli dla poszczególnych celów, które chcecie uzyskać, jakieś wskaźniki, które będą wskazywały, że cel został osiągnięty.

Jednym z celów jest na przykład to, żeby pacjenci rzadziej trafiali do lekarza specjalisty, żeby więcej diagnostyki było robione na niższym szczeblu. Dobrze. W takim razie na końcu tego procesu powinna być zmniejszona liczba skierowań do lekarza specjalisty przez lekarza POZ. Czy w takim razie taki system monitoringu został zrobiony? Jeżeli bowiem będzie tak, że państwo ogłosicie taki cel, jeżeli państwo dacie na to większe pieniądze, a będzie tak, jak było, to po co te pieniądze wydawaliśmy.

W takim razie, jeszcze raz, konkretne pytanie. Czy macie państwo przygotowane wskaźniki do monitorowania, czy zadania określone, które chcecie uzyskać, będą uzyskiwane? Jednym z nich byłaby na przykład – jak już wspomniałem – zmniejszona liczba skierowań lekarza rodzinnego do specjalistów, albo, na przykład, jeśli obejmuje grupę osób z nadciśnienie, czy ta grupa rzeczywiście jest lepiej leczona niż była. Liczba skierowań i jaka grupa pacjentów trafia z powikłaniami, potem z ciężkimi przebiegami chorób do leczenia szpitalnego. To też jest jakiś wskaźnik, czy lekarz wypycha i swoje rezultaty uzyskuje dopiero po skierowaniu pacjenta do szpitala. Czy on częściej, czy rzadziej trafia? Oczywiście zależy to od populacji, jaką ona ma. Może być starsza, młodsza, schorowana, czasem są jakieś endemiczne problemy, ale...

Czyli kończąc, apeluję tutaj o to, aby wiązać nakłady z rezultatami, który się uzyskuje i pokazywać to w takich sprawozdaniach. I drugie pytanie, konkretne, czy macie państwo przygotowane jakieś wskaźniki do monitorowania, czy zakładane cele będą uzyskiwane. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):

Dziękuję bardzo. Teraz następny mówca, pan profesor, poseł Wojciech Maksymowicz. Bardzo proszę.

Poseł Wojciech Maksymowicz (Polska2050):

Panie przewodniczący, panie ministrze, Wysoka Komisjo, cytowane na początku informacji ustawowe zadania niewątpliwie są słuszne i powinny być wyznacznikiem wszelkich działań, zresztą powstały kilkadziesiąt lat temu i są kontynuowane. Natomiast właściwa realizacja tych zadań nie następuje i nie może nastąpić, ponieważ brak jest strategii całościowej, systemowej. Po prostu jest to wycinkowe sprawdzanie, klajstrowanie jakiegoś przecieku, ograniczanie jakiegoś fragmentu. Nie może też być strategii, ponieważ generalnie niestety brak jest zapewniania właściwego priorytetu dla opieki zdrowotnej w czasie praktycznie całego funkcjonowania rządu PiS. Zwłaszcza ten ostatni okres, tych ostatnich dwóch i pół lat, skupiony tylko i wyłącznie na ratowaniu możliwości wyrzucania, w cudzysłowie, pieniędzy na tak zwanych, znowu w cudzysłowie, budżetożerców. To określenie, dobrze pamiętam, gdy pan premier Balcerowicz stosował je w odniesieniu do służby zdrowia, nauczycieli itp. Jest to absolutnie ta linia.

Dlatego też co rusz obsadza się ministerstwo kolejnymi fachowcami od finansów, od ekonomii. Jedni się zużyją, następni wchodzą. Jest to reduta obronna przed wydatkowaniem środków. A jakie są tego efekty? No takie, że oto czytamy, iż środki bezwzględne są duże. Są coraz większe bezwzględnie, ale jeżeli przejdziemy do procentowych, to wzrost w ciągu dwóch lat o 4,65% kwoty składki kapitacyjnej w zestawieniu z aktualną inflacją, to jest zmniejszenie o 10%. No oczywiście to jest inflacja chwilowa, ona potrwa najwyżej rok, ale, no Chryste Panie... Proszę państwa, wzrost o 4,15% – jak czytamy – jeżeli chodzi o całość finansowania podstawowej opieki zdrowotnej, to po prostu znaczy, że jest to zmniejszenie, znowu prawie o 10%.

Proszę państwa, to jest bardzo trudna sytuacja. Ja współczuję państwu, bo dostaliście zadanie obrońców w zamkniętej twierdzy, w której co pewien czas są jakieś sygnały od centrali, od pana premiera – róbcie tak dalej, pilnujcie, bo my potrzebujemy pieniędzy gdzieś indziej. No, jeżeli jest sytuacja taka, że jest coraz trudniej finansowo w ogóle, trzeba to otwarcie społeczeństwu powiedzieć. Tak więc nawet najlepsze starania ekspertów, takich jak ten głos pani profesor, są fragmentarycznym działaniem, są klajstrowaniem pewnych miejsc, które są zarzewiem niedługiego pożaru, który nastąpi, bo przecież niezadowolenie będzie narastać. Ciągle służba zdrowia nie jest priorytetem, a niestety ustawa, która miała pomóc w zapewnieniu, zagwarantowaniu wzrostu nakładów, w zestawieniu z instalacją stała się nierealistyczna. Po prostu tylko i wyłącznie mówi o dużych, bezwzględnych sumach, mówi o wypełnieniu zobowiązań odnośnie do tych danych sprzed dwóch lat właśnie, czy nawet starszych – jak tu widzimy porównanie do 2018 r. – natomiast, tak naprawdę, jest to taka księgowa manipulacja, a realnie dochodzi do spadku. W związku z tym, jak mogą być realizowane zadania, nawet najlepsze, przy takim spadku realnych nakładów przy wzroście realnych kosztów. To jest to ogromny znak zapytania. To nie jest priorytet tego rządu. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):

Dziękuję bardzo. Proszę o zabranie głosu panią poseł Gabrielę Masłowską. Następnie przygotuje się pan poseł Janusz Korwin-Mikke.

Poseł Gabriela Masłowska (PiS):

Panie przewodniczący, szanowni państwo, pozwolę sobie przypomnieć pewną dyskusję, która była na posiedzeniu Komisji Zdrowia kilka miesięcy temu z udziałem koordynatora do spraw nefrologii. Nie pamiętam nazwiska profesora. Była to bardzo ciekawa dyskusja, aczkolwiek smutna, jeśli chodzi o sedno sprawy. Mianowicie, z wypowiedzi pana profesora wynikało, że bardzo groźnym zjawiskiem i dosyć powszechnym, szybko się rozprzestrzeniającym, są choroby nerek, które są wykrywalne w bardzo późnym okresie i w związku z tym często nieuleczalne.

Z wypowiedzi profesora wynikało, że w tej chwili jest to dosłownie plaga tego rodzaju choroby. Ja nie jestem lekarzem, nie powiem państwu, o jakie konkretnie chodzi, ale

na pewno o choroby nerek. Z tego wynikało również, że w pewnym sensie jest też brak świadomości, czy też są różne przyczyny na etapie wstępnego rozpoznania.

Mamy znaczny wzrost kosztów na POZ, bo nawet w ostatnich dwóch latach – od 2018 r. – jest to wzrost z 11 mld do kwoty 17,520 mld zł, czyli aż o 56% w ciągu 3 lat – przepraszam. Jest to znaczny wzrost nakładów. Jednocześnie pani konsultant mówiła, że między innymi nastąpiło powiększenie koszyka badań diagnostycznych. Chciałabym zapytać, czy ta kwestia podlegała państwa uwadze. Czy może państwo mieli jakiś kontakt właśnie z konsultantem krajowym do nefrologii? Czy jego postulaty, uwagi, są przez państwa rozpatrywane i uwzględnione? Czy w ramach tego powiększonego koszyka zadań diagnostycznych znajdują się chociażby takie rodzaje badań, które by stanowiły po prostu środek zaradczy wobec zjawiska późnej rozpoznawalności i dosyć powszechnej zachorowalności na choroby nerek w ostatnich latach? Bardzo mnie to interesuje i uważam, że tutaj, na tym etapie, można by jeszcze wiele zrobić przy wykorzystaniu całej wiedzy i współpracy ze specjalistami z tej dziedziny. Czy mogłaby pani nam coś na ten temat powiedzieć, czy coś w tej kwestii się zmienia, bo – powtarzam – wynikało z wypowiedzi, że dotychczasowa diagnostyka, ta wstępna, jest na tyle niewystarczająca, że wykrywalność jest zbyt późna i często, w związku z tym, są to nieuleczalne przypadki. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):

Dziękuję bardzo. Proszę o głos pana posła Janusza Korwina-Mikkego, a następnie pan Zdzisław Wolski.

Poseł Janusz Korwin-Mikke (Konfederacja):

Dziękuję. Proszę państwa, nie będę powtarzał tego, co myślę na temat tak zwanej państwowej służby zdrowia, natomiast jako specjalista od teorii podejmowania decyzji chciałbym wyjaśnić pani, że pani konstruuje różne wskaźniki. Otóż, można udowodnić bez żadnych trudności, że jaki by pani wskaźnik zrobiła, to zawsze będą sytuacje, w których wskaźnik się polepszy, a sytuacja w sposób oczywisty się pogorszy. Nie ma możliwości skonstruowania innego wskaźnika.

Słyszałem tutaj propozycję wielce czcigodnego Andrzeja Sośnierza, który mówił, na przykład, jak jest niedobrze, że jest spychotechnika, że lekarze spychają na specjalistów. W szczególności bardzo łatwo poprawić ten wskaźnik – brak skierowań do specjalisty.

I druga sprawa. Jestem bardzo wdzięczny ministerstwu za wprowadzanie nowości, zwłaszcza takiej, jak możliwość konsultacji lekarza z lekarzem. Chciałbym tylko, żeby ministerstwo skierowało do prokuratury wniosek o ukaranie tego, który spowodował, że do tej pory nie było to możliwe. No bo rozumiem, że do tej pory było to niemożliwe. Kto przeszkadzał lekarzowi konsultować się z lekarzem? Proszę o skierowanie do prokuratury wniosku przeciwko temu komuś, kto uniemożliwiał do tej pory takie konsultacje. Dziękuję za uwagę.

Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):

Dziękuję bardzo. Pan poseł Zdzisław Wolski, a następnie pan Marek Hok.

Poseł Zdzisław Wolski (Lewica):

Z konieczności tylko parę rzeczy, nie chcę zabierać za dużo czasu zabierać. Generalnie kierunek proponowany przez państwa na pewno jest interesujący i właściwy. Na pewno dużo lepszy niż różne, jakieś nieoficjalne wypowiedzi, trochę czynów typu przejęcie przez szpitale nocnej i świątecznej pomocy, bo być może pani Mastalerz, pan minister, mają lepsze informacje, ale chyba to nie bardzo wyszło. A były też zakusy, żeby szpitale przejęły podstawową opiekę zdrowotną, bo przecież to będzie taniej i korzystniej, co oczywiście skończyłoby się może nie katastrofą, ale czymś podobnym do katastrofy. Byłoby to całkiem atrakcyjne – i tu przewrotnie powiem – nawet dla ministra zdrowia, a szczególnie Narodowego Funduszu Zdrowia, bo wtedy nie prezes NFZ by odpowiadał i zawsze miałby alibi, że to źli dyrektorzy szpitali zawalają opiekę. Tak więc, nie kontynuując tego tematu, idziemy w dobrą stronę.

Nie chcę powtarzać za kolegami, profesorem Maksymowiczem, panem doktorem Sośnierzem, tego, co mówili, bo oczywiście jest to prawdą, przy czym – jak to się ładnie mówi – podbijam wypowiedź pana profesora Maksymowicza, bo nie miało być podwyżki opłaty w tym roku, a jest wielki sukces, bo jest w 4,5%. Jednak w zestawieniu z faktyczną inflacją to przecież jest tylko zmniejszenie skali zwiększającego się niedofinansowania, a nie wzmocnienie. Taka jest realna ocena sytuacji. Nie będę powtarzał tego, co wiemy. Pan premier się chwali – dojdziemy do 6% PKB, tylko oczywiście – my tu wiele razy protestowaliśmy – dotyczy to PKB minus dwa lata, nie minus rok. To, szczególnie w okresie wzrastającej inflacji, która, panie Wojtku, w mojej ocenienie nie potrwa rok, tylko wiele lat... To, że na rok ma być wysoka inflacja to chyba bardzo, bardzo wielki optymizm. To niestety chyba się nie sprawdzi.

Jednak – już nie chciałbym przedłużać – chodzi o pieniądze. Fajnie, że POZ będzie miał zwiększone możliwości, również – nazwijmy to po imieniu – pewien prestiż mogąc wykonywać tyle innych badań, zadań itd, jej podmiotowość w systemie się zwiększy, ale jeśli chodzi o opłatę kapitacyjną – nie wiem, jaki kwotowo będzie ten budżet powierzony – które jednostki... Mamy 6 tys. podmiotów POZ, świadczenia są chyba w 9 tys. miejsc świadczone... Mówię o tym, co ma być finalnie, już za niewiele miesięcy. Skąd te jednostki wezmą na USG, żeby Dopplera zrobić, echo serca, bieżnie do prób wysiłkowych, które mają robić, respiratory i to niezłej klasy? Kto ma to sfinansować? Czy to ten budżet powierzony będzie zawierał te kwoty, czy...? No bo diabeł tkwi w szczegółach. To jest to.

Również 15 gr. Od pacjenta na koordynatora – takie były propozycje. To było kiedyś. Już nie ma 15 gr... A to chyba były początki, 15 w propozycjach... A, to momencik, przepraszam. To być może. Pomyliłem te 15 gr. Właśnie dlatego pytam.

Ale, już naprawdę kończąc, rozwijam bardzo mądrą myśl pana doktora Sośnierza. Na dziś – oczywiście przerysowuję – system jest tak skonstruowany, że jeśli trafia się lekarzowi kłopotliwy pacjent w podstawowej opiece zdrowotnej, to nawet nie z niechęci, ale z ogromu pacjentów, których musi przyjmować, dla niego jest naturalne, że w bardziej skomplikowanym przypadku diagnostycznym – już na dzisiaj, mówię – zamiast martwić się, zlecać kosztowne badania, nawet te, które aktualnie się robi w przychodni na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej, narażać finanse, robić sobie kłopoty, wydatkować pieniądze i tracić czas, najlepiej, siup, napisać skierowanie do jakiegoś określonego „loga" – kardiologia, diabetologia, endokrynologa – niech on to bierze na klatę. Niech on zleca badania ze swojego budżetu, leczy. No i idzie ciąg dalszy – to mówię do państwa – bo z kolei, jeżeli taki pacjent trafi do specjalisty, również kłopotliwy, kosztowny, to co? Najlepiej do szpitala na diagnostykę... To jest taka upiorna i jakże logicznie uzasadniona spychoterapia – z dołu na samą górę, a szpitale potem już nie mają co z tym pacjentem zrobić. No, może jakiś pojedynczy uda im się na oddział kliniczny, na przykład... To jest próba przerwania tego upiornego ciągu.

Jeszcze mi brakuje tylko jednej składowej, i to powtarzam za panem Andrzejem Sośnierzem, bo były takie rozważania, żeby nawet na tyle tego budżetu powierzonego było, żeby podstawowa opieka zdrowotna z tego budżetu płaciła za wizytę u specjalisty. Ja nie mówię, że tak należy zrobić, tylko pod rozwagę... To jest jeden z brutalnych mechanizmów, ale wtedy...

I już naprawdę kończąc – bo ja też jestem lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej z dużym doświadczeniem – jest mnóstwo pacjentów chronicznych, nie dyskredytując ich, którym tak jest dobrze, że oni sobie pójdą do kardiologa, na przykład raz na dwa miesiące. Nic się z nimi nie dzieje, są kolejki do kardiologów, ale oni wymuszają na lekarzu... Idzie, a on im da taki sam lek, tylko pod inną nazwą albo powie – dobre ma pani leki, niech je pani bierze dalej. Idzie w sposób zupełnie nieuzasadniony do specjalistów blokując tych pacjentów, którzy muszą iść i czynnik czasu ma niejednokrotnie bardzo wielkie znaczenie.

Żeby był taki mechanizmu, który by przerwał tę rzeczywistość, właśnie określonymi statystykami, o których mowa, sprawozdawczością, mechanizmami oceny jednostki, a nawet – pod rozwagę – niech to będzie jakaś kwota, którą jednostka z tego sutego budżetu – bo wtedy musiałby to być suty budżet powierzony – sfinansowałaby wizyty

u specjalistów. Tu znowu nic nie jest czarne ani białe, żeby to nadmiernie nie ograniczyło, ale może by to było mniejszym złem niż to, co jest dzisiaj. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):

Dziękuję bardzo. Mam taką propozycję. Oczywiście pan poseł Marek Hok, ale może byśmy teraz skończyli pierwszą rundę i jeszcze poprosilibyśmy panią profesor i pana ministra o ewentualne odpowiedzi... Tak? To dobrze. To pan poseł Marek Hok i następnie pan Riad Haidar.

Poseł Marek Hok (KO):

Panie przewodniczący, panie ministrze, Wysoka Komisjo... Panie przewodniczący, pani poseł Gelert jeszcze czeka w kolejce, tak więc chciałbym tylko upomnieć się o swoją koleżankę...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dobrze. My o wszystkich pamiętamy. Alternatywa jest taka, że my dość zwięźle zapytamy i wtedy pani profesor odpowie całościowo.

Poseł Marek Hok (KO):

Dobrze, to ja zwięźle parę krótkich pytań, bo mówimy o tych wszystkich zadaniach, nowych zadaniach... Właściwie to nie są nowe zdania, bo te zadania i cele ustawowe POZ są praktycznie od 25 lat, od momentu powstania podstawowej opieki zdrowotnej.

Jeśli chodzi o to finansowanie, o którym wszyscy koledzy mówią – mogę tylko przyłączyć się do tych obaw i apeli – mam jedno pytanie. Kto ma to robić, panie ministrze, pani profesor, bo nie powiedzieliśmy w tym sprawozdaniu ani słowa na ten temat, jaką mamy kadrę medyczną, ilu mamy lekarzy medycyny rodzinnej, jakie mamy braki? Ja chciałbym zwrócić uwagę na to – z całym szacunkiem do wieku, do peseli – że większość tych lekarzy, zwłaszcza w małych ośrodkach, w małych miejscowościach, gdzie są pojedyncze praktyki lekarza rodzinnego, jest w wieku emerytalnym i w każdej chwili oni mogą odejść. Już to się dzieje. Zaczynają odchodzić lekarze POZ. Zaczynają oddawać cesją swoje kontralty z funduszem czasami jakimś nowym, dziwnym podmiotom, które próbują się urządzić na rynku Narodowego Funduszu Zdrowia i to jest bardzo niepokojące. Dlatego moje pytanie brzmi, kim to wszystko macie państwo zamiar wykonać.

Drugie pytanie. Bardzo proszę o szczegółowe informacje dotyczące Krajowego Planu Odbudowy, tego aspektu dotyczącego ochrony zdrowia, gdzie jest chyba około 18 mld euro. Chcielibyśmy wiedzieć, jakie są cele... Tak, euro.

I pytanie jeszcze jedno do pani profesor. Pani profesor mówiła o profilaktyce raka szyjki macicy u lekarza POZ. Na czym ma to polegać? Jako ginekolog chciałbym się dowiedzieć, jak to... To bardzo proszę. Jeżeli to ma robić lekarz... Cytologia była, jest i będzie. Cytologia była w programie bezpłatnych badań prowadzonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia i zgłaszało się 17-18% kobiet. Życzę, żeby zgłaszało się więcej. Chciałem jeszcze pytać o nocną i świąteczną pomoc, ale to już pani poseł Gelert, jeżeli dostanie głos, będzie pytała o to, a na pozostałe pytania bardzo proszę o odpowiedź. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dobrze. To dziękuję bardzo. Pani poseł Gelert, proszę.

Poseł Elżbieta Gelert (KO):

Dziękuję bardzo. Ja najpierw chciałabym zapytać, jeżeli można oczywiście, od kiedy pan minister jest ministrem w randze wiceministra, dlatego że tak szybko zmienia się w tym ministerstwie, że powiem państwu, że to jest aż dziwne. Czy w ogóle znane jest panu zagadnienie POZ, bo oprócz tego, że zarządza się statystykami, analizami, to jeszcze powinno się mieć pewne pogłębienie wiedzy w danej dziedzinie. Natomiast ani nam nie przedstawiono pana wiceministra...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Pani poseł, przepraszam. Nie ma zwyczaju, i za państwa rządów też nie było, żeby ktoś przedstawiał...

Poseł Elżbieta Gelert (KO):

Ale chyba bardzo dobrze...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

...a pan minister jest już kilka miesięcy. Nie wiem, trzy miesiące...

Poseł Elżbieta Gelert (KO):

No widzi pan, nikt nie wie. Nawet gdybym spotkała, to bym nie wiedziała, kim jest. Wie pan, może to i można tak komuś wypominać, że ktoś czegoś nie robił, ale trzeba zacząć kiedyś to robić. Wydaje mi się, że byłoby jednak w dobrym tonie, że Komisja Zdrowia poznaje swoich wiceministra albo nowego ministra, jeżeli takowy będzie. To tak na marginesie, bo właściwie w tej chwili nie wiemy, do kogo mamy zgłaszać się z pytaniami. Czy do pana wiceministra, czy do pani konsultant, bo widzę, że tu więcej do powiedzenia ma pani konsultant niż pan wiceminister...?

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Pani poseł, naprawdę, bardzo proszę. To jest standard. Kiedy ministrowie przychodzili sami, to wtedy było pytanie, a gdzie konsultanci krajowi. Słyszałem to od państwa wielokrotnie, więc zawsze można grymasić. Po to właśnie...

Poseł Krystyna Skowrońska (KO):

Ale pan tu nie jest od zwracania uwagi, tylko od prowadzenia obrad.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Po to właśnie są konsultanci krajowi, żeby przychodzić i informować panią poseł Gelert z pierwszej ręki – przez osoby, które są konsultantami w danej dziedzinie. Bardzo proszę, pani poseł, już naprawdę szkoda czasu na tego typu złośliwości.

Poseł Elżbieta Gelert (KO):

No właśnie, szkoda czasu, że pan mi przerywa na okrągło, bo przerywa pan każdemu, i myślę, że to jest nieładnie i nieelegancko, ponieważ, a dlaczego miałabym nie zapytać. Ja pytam. Myślę, że pan wiceminister i pani konsultant sami się obronią. Nie potrzebują pana jako adwokata.

Natomiast miałabym do państwa takie pytanie. Chodzi właśnie o tę nocną i świąteczną opiekę zdrowotną. Niedawno była dyskusja i mowa o tym, że to POZ przejmie tę opiekę. Przynajmniej takie były projekty, że przejmie. W tej chwili – jak wiemy i widzieliśmy – powierza się to jeszcze bardziej szpitalom i wprost nakazuje się szpitalom tam, gdzie są SOR, ażeby obejmowały pacjentów nocną i świąteczną opieką.

Ja miałabym pytanie. Czy ministerstwo robiło kiedykolwiek, jakiekolwiek badania i analizy dotyczące właśnie przyjęć w nocnej i świątecznej opiece zdrowotnej? Proszę państwa, to co się dzieje jest wynikiem czegoś. Miałabym więc taką prośbę i takie pytanie, kiedy państwo ewentualnie by to zrobili. Jak dużo osób jest przyjmowanych w nocnej i świątecznej opiece zdrowotnej, dlaczego są przyjmowani, z czym przychodzą ci pacjenci? Myślę, że można by było naprawdę zrobić ciekawą ankietę i zastanowić się, w którym kierunku to powinno pójść, bo to nie sztuka zalewać SOR, dodać im jeszcze nocną i świąteczną opiekę zdrowotną – pomysły są bardzo różne – bo te szpitale zostaną zadeptane. Miałabym więc prośbę, aby państwo powiedzieli, jaki macie na to pomysł. Jaki pomysł ma ministerstwo na to, gdzie ewentualnie tę nocną i świąteczną opiekę przekazać?

Jeżeli chodzi o nocną i świąteczną opiekę zdrowotną jest jeszcze następny temat. Jeżeli wzrasta finansowanie POZ, nie wzrasta finansowanie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. I tu jest następny problem, dlaczego akurat tam nie wzrasta wycena, czy nie wzrasta budżet, a na POZ sukcesywnie, właściwie kilka razy do roku... Oczywiście, że dodaje się to poprzez różnego rodzaju programy i różnego rodzaju koordynowanie, ale – tak jak mówię – nocna i świąteczna opieka zdrowotna nie bierze w tym udziału. To jest to.

Chciałabym również zapytać o koordynatora. Proszę państwa, słyszę, że cała Polska zalana będzie koordynatorami. Wszędzie – w szpitalach, w POZ – będzie koordynator

dla pacjentów. Tylko, że w POZ – jak słyszę – koordynator będzie miał płacone osobno. Czyli Narodowy Fundusz Zdrowia będzie płacił osobne pieniądze.

Oczywiście trwa dyskusja, jaka to ma być wycena, ale nikt nie mówi, że koordynator w szpitalu będzie miał osobne pieniądze. Nie, to dyrektor ma znaleźć pieniądze na koordynatora do opieki onkologicznej, różnych unitów – a tego jest bardzo dużo – do opieki kardiologicznej – tego też jest dużo. Nikt nie mówi, że tu koordynator będzie kontraktowany z Narodowym Funduszem Zdrowia. Tak więc, panie ministrze, to pytanie do pana – czy ewentualnie widzicie potrzebę, żeby również taki koordynator był, bo z czegoś te pieniądze trzeba brać. Widzę, że obowiązki narzuca się na wszystkich, mówi się o nowych pomysłach, o nowych osobach, które będą funkcjonować, tylko co ewentualnie z płaceniem za tę usługę.

Pani konsultant mówiła tutaj o poradnictwie, i bardzo dobrze. Jeżeli faktycznie lekarz POZ będzie mógł przejąć pewne rzeczy na siebie i pacjent nie będzie musiał chodzić po podstawowe rzeczy czy podstawową diagnostykę wstępną do poradni specjalistycznych, to na pewno bardzo dobrze, ale czy państwo również badali, czy na przykład nie warto zbadać, ile tak naprawdę osób idzie albo do tej nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, albo do oddziału z jakimikolwiek gotowymi badaniami. Pacjent przychodzi najczęściej „goły”, bo źle się czuje. To jest właściwie wszystko.

I taka, chyba ostatnia sprawa. Państwo tutaj też poruszali jako coś niebywałego, że pielęgniarka będzie zarządzała raną, co kolega mówił... To jest jakby wymyślanie rzeczy, które już dawno były, bo pielęgniarka środowiskowa jak świat światem jest i była, wykonywała swoje zadania i w tej chwili chcemy odtwarzać tylko to, co właściwie zostało gdzieś zaprzepaszczone. I dobrze, że chcemy to odtwarzać, bo na pewno zadania pielęgniarki środowiskowej są niezmiernie potrzebne dla pacjenta. Tak samo jak położne – badanie cytologii. To przecież też jest badanie stare, od lat, więc jak najbardziej należy wykorzystywać ten personel. Oczywiście, czy on będzie opłacany z budżetu NFZ-u, czy z budżetu lekarza rodzinnego, to już inna sprawa i następna kwestia do dyskusji. Natomiast w tych materiałach, które dostaliśmy, to tak naprawdę nie widzę, panie ministrze, co jest dobrego dla pacjenta, co tak naprawdę pacjent będzie miał z tego. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję. Pan poseł Haidar, proszę.

Poseł Riad Haidar (KO):

Panie przewodniczący, dziękuję. Mnie też nurtowało jedno pytanie jako lekarza praktykującego, kto to będzie robił, pani profesor, bo to jest problem, z którym naprawdę borykamy się na co dzień. Żeby pacjent trafił do specjalisty, to jest droga przez mękę, a więc tym bardziej na poziomie lekarza POZ będzie to utrudnione. To z jednej strony.

Z drugiej strony, wydaje mi się, że uproszczenie pewnych procedur, skierowań na badania specjalistyczne, które mogą być cedowane na lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, może w pewnym stopniu pomóc rozładować ten system opieki specjalistycznej. Jednak brakuje rąk do pracy i na pewno każdy program, obojętne jak byłby ślicznie napisany, jak piękne słowa byłyby dobrane, nie będzie realizowany, bo nie ma rąk do realizacji. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Czy jeszcze ktoś z państwa się zgłasza, ze strony społecznej? Aha, przepraszam, jeszcze panowie przewodniczący. Ja zresztą też zabiorę głos. Bardzo proszę, pan przewodniczący Miller.

Poseł Rajmund Miller (KO):

Ja nie chciałbym przedłużać, natomiast, proszę państwa, dzisiaj mamy informację na temat leczenia w POZ – o taką prosiliśmy – jednak POZ jest bardzo ważną, ale tylko częścią systemu opieki zdrowotnej i – co mówił pan Sośnierz, co mówił pan profesor – sytuacja jest bardzo poważna. Pisanie o tym, że państwo podwyższacie o 10 czy 14% bez oceny realnych kosztów, bo POZ ma też realne koszty... Proszę pamiętać, że tu nie ma czym się chwalić, ponieważ jest inflacja, ponieważ wzrosły koszty utrzymania

ośrodków i przychodni. To są pieniądze, które ci lekarze muszą wydać na ogrzewanie, na paliwo na wizyty domowe u pacjentów itd, itd.

Proszę państwa, sytuacja jest według mnie zła. Owszem, państwo robicie pewne kroki, ale uważam osobiście, że te kroki niestety nie poprawią tej sytuacji. Przede wszystkim kardynalnym błędem było to, że ministerstwo pozwoliło na zlekceważenie, czy też odpuszczenie problemu opieki nocnej i świątecznej, dlatego że tej opieki w wielu miejscach w Polsce nie ma i – co mówili koledzy, a zwłaszcza dyrektorzy szpitali – w tej chwili zawalone są SOR. SOR są niewydolne. Trzeba było – moim zdaniem – od stawki kapitacyjnej oddzielić pieniądze, o których państwo wiecie, jak potrzebne są na badania laboratoryjne, nie wrzucać ich do jednego worka. Stawkę kapitacyjną pozostawić na danym poziomie, natomiast wydzielić pieniądze na badania laboratoryjne, dlatego że naturalnym działaniem kogoś, kto jest nie tylko lekarzem, ale również menadżerem placówki służby zdrowia, jest patrzenie na finanse.

Nie dziwcie się państwo, że w wielu sytuacjach tymi lekarzom, którzy mają kierować na badania, które często są niedostępne, bo nie były na liście dostępnych badań, na które lekarze mogli kierować, najprościej i najbezpieczniej jest skierować pacjenta bezpośrednio do szpitala na SOR, bo wtedy koszty tych badań ponosi szpital i pacjent jest w miarę szybko załatwiany. Jeżeli państwo nie siądziecie i nie zrobicie tego w sposób skoordynowany, czyli całej reformy służby zdrowia, szpitalnictwa, opieki ambulatoryjnej i POZ, to będziemy rozmawiali o wybranych elementach, będziecie może pokazywali nam pewne dane finansowe, które nie zmienią sytuacji.

Natomiast nie zgadzam się z panem Sośnierzem w jednej kwestii. Bez środków finansowych, oczywiście kontrolowanych i odpowiednio wydawanych, nie zrobimy dobrej służby zdrowia. Proszę państwa, dzisiaj jest 4,4% PKB, nie 6%, tak jak państwo podajecie, bo danymi można manipulować. Podajecie państwo 6%, dlatego że włączacie w to pieniądze, które obywatel Rzeczypospolitej wydaje na prywatne leczenie. Ze 140 mld, które wpisujecie jako pieniądze na leczenie, około 40 mld to są pieniądze wydawane prywatnie przez polskich obywateli. W ten sposób de facto mówimy o zwiększeniu, ale jeżeli państwo przeanalizujecie środki naprawdę przeznaczone w tym roku przez rząd na leczenie, to jest ich mniej.

Musimy również zrobić porządek z tym, żeby opieka zdrowotna nie kierowała się interesami politycznymi. Mówię tu brutalnie – tym interesem politycznym był tak zwany Fundusz Medyczny, bo wtedy były wybory prezydenckie. Dzisiaj panowie jesteście rozliczani, czy też rząd jest rozliczany, co z tymi pieniędzmi, a tam jest między 6 a 7 mld zł, które nie wiemy, gdzie są, zostały zamrożone. We wszystkich innych wskaźnikach, proszę państwa, jesteśmy w ogonie Europy, jeżeli chodzi o liczbę wprowadzanych cząsteczek do kuracji chorób rzadkich, nowych cząsteczek i nowych metod przy leczeniu chorób nowotworowych itd, itd. Dzisiaj, proszę państwa, system opieki zdrowotnej, jeżeli nie podejmiemy wszyscy razem, nie ze względów politycznych... Jeszcze raz podkreślam jedno. Opieka zdrowotna, opieka nad pacjentem, nie powinna kierować się interesami politycznymi. To nie może być tak, jak w pandemii, że nie propagowało się szczepień, dlatego że część społeczeństwa, która sympatyzowała z obecnie rządzącymi, była przeciwnikami szczepień. Jeżeli nie podejdziemy obiektywnie, państwo nie wykorzystają wiedzy również opozycji, to naprawdę za rok, za pół roku będziemy mieli totalny kryzys, jeżeli chodzi o opiekę zdrowotną. Już dzisiaj jesteśmy na pierwszym miejscu, jeżeli chodzi o liczbę Polaków, którzy umierają, a na jednym z ostatnich, jeżeli chodzi o liczbę nowych urodzeń.

Proszę państwa, pół miliona Polaków, również wskutek niewydolności opieki zdrowotnej w Polsce, zmarło w zeszłym roku. To są choroby kardiologiczne, to są choroby nowotworowe. Oczywiście bardzo ważnym elementem jest POZ, ale on – tak jak powiedziałem – jest jednym z elementów pewnego mechanizmu, jednym z kółek. Jeżeli wszystkie te kółka nie będą ze sobą zgrane, to niczego nie naprawimy. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję. Pan przewodniczący Hoc, proszę.

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Dziękuję bardzo. Oczywiście dyskusja taka powiedziałbym sinusoidalna, bo najpierw mówmy, że nie mówimy politycznie, a dajemy taką dość potężną szpilę, a potem mówimy, że służba zdrowia nie ma barw politycznych i tym jakby się egzaltujemy.

Ja powiem tak. Dawno temu Diogenes z Synopy chodził ulicami Koryntu z zapaloną latarnią. Pytali go, kogo szuka. Odpowiedział – szukam człowieka. I ja bym powiedział tutaj również o kwestii odhumanizowania polskiej medycyny. W ogóle medycyny na całym świecie. Mówimy o wszystkim – o pewnych rozwiązaniach, koncepcjach – ale jeżeli procedura będzie praktycznie główną częścią i priorytetem w służbie zdrowia, i komputer, i pieniądz, to rzeczywiście zgubimy pacjenta. Szczerze mówiąc, jakkolwiek naprawialibyśmy system, cokolwiek byśmy robili, to jeśli nie będziemy mieli tego humanizmu i sumienia ekologicznego albo sumienia humanizmu, to naprawdę niewiele zrobimy, nawet pakując tyle pieniędzy, że moglibyśmy nie wiadomo jakie kwestie rozstrzygać. To po pierwsze.

Czyli praktycznie musielibyśmy wdrożyć też jakieś rozwiązania w kwestiach i położnych i wszystkich innych. Jeśli mamy na przykład „Czarne Protesty" i biorą w tym udział lekarze, pielęgniarki czy położne, to proszę zwrócić uwagę na to, jaka to jest kwestia moralna, etyczna, w aksjologicznym wymiarze. To też jest bardzo ważna informacja.

Natomiast rzeczywiście, zgodziłbym się tu z panem przewodniczącym Millerem, jeśli chodzi o kwestie finansowania per capita i fee for service. To już dawno, wszędzie na całym świecie jest tak robione, że jest stawka kapitacyjna i stawka za wykonaną usługę, za fee for service. Nie wiem, dlaczego tutaj państwo podali to w aspekcie opieki pielęgniarskiej, czyli jakbyście chcieli wdrożyć to w opiece pielęgniarskiej. Ja myślę, że moglibyśmy to zrobić już w całym systemie ochrony zdrowia. Rzeczywiście część, co pan przewodniczący mówił, a część, 30%...

Kiedyś tak się mówiło, że jeśli stawka kapitacyjna to 100%, to 70% na stawkę kapitacyjną, a 30% na fee for service, czyli za wykonaną usługę. To miałoby sens, bo widzicie państwo, co się dzieje na zewnątrz. Na zewnątrz mówimy tak, że POZ, jeśli chce jakiś kompleks badań zrobić, to kieruje do izby przyjęć do szpitala, a najczęściej kierujemy do opieki specjalistycznej. Podstawowa opieka zdrowotna jest więc podstawą służby zdrowia. To jest podstawa całej piramidy świadczeń zdrowotnych i życzylibyśmy sobie, żeby lwią część pacjentów obsługiwał właśnie lekarz rodzinny, lekarz podstawowej opieki zdrowotnej. To miał być tak zwany gatekeeper, czyli miał otwierać wrota do służby zdrowia, a więc miał około 75-80% pacjentów pozostawiać w podstawowej opiece zdrowotnej. Tylko 15% miało iść do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, a tak nie jest. Ta piramida się odwróciła. 15-20% jest leczonych praktycznie w POZ, natomiast wszyscy idą do opieki specjalistycznej.

Oczywiście to nie jest wina tylko POZ, absolutnie. Też naszej edukacji, naszego uświadomienia, bo każdy pacjent chce, żeby Euthyrox, jakiś hormon tarczycy, był przepisywany przez specjalistę, a nie lekarza rodzinnego. Przecież to jest po prostu absurd, a tak jest. Czyli też musimy tutaj podjąć się pewnej wielkiej sprawy, edukacji czy uświadomienia, że te poziomy wzajemnie się przenikają, ale też nie mogą zastępować jeden drugiego. To znaczy, opieka specjalistyczna nie może zastępować pewnych działów POZ.

Jeszcze marginalny temat, ale bardzo istotny – stwierdzenia zgonów. Teraz jest przygotowywana nowa ustawa o funkcji koronera, bo ponoć jest ponad 130 tys. zgonów tak zwanych domowych i 20 tys. tak zwanych publicznych, czyli na ulicy, jak by można rzec. Kto więc ma te zgony stwierdzać? Niby mówimy o służbie zdrowia, o ochronie zdrowia, ale to też jest element, w takich kategoriach czysto ludzkich, bardzo drażliwy i wrażliwy, i czasami wręcz wstydliwy, bo niekiedy się zdarza... Wiem z doświadczenia, że bardzo trudno o takie kwestie.

Jeszcze na marginesie – oczywiście pan wiceminister obroni się sam, natomiast chciałbym powiedzieć, że ta nowość i innowacyjność... Pan minister jest przecież od przestrzeni inwestycyjno-analitycznej. Studia doktoranckie. Studiował również w Lizbonie. Również cały czas – pamiętacie – był szefem gabinetu politycznego pana ministra zdrowia, jednocześnie był w Radzie Funduszu Medycznego, a więc pomimo młodego wieku jest bardzo zawansowany w aspekcie medycznym, jeśli chodzi o wiedzę innowacyjną

i także wiedzę z zakresu inwestycji, analityki oraz ekonomii. To może tylko tyle. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję. Szanowni państwo, na koniec wypowiedzi poselskich zabiorę głos. Widzę, że jeszcze goście się zgłaszają.

Szanowni państwo, chcę parę rzeczy tu uporządkować, żeby sprawa była jasna. Pani poseł, do pani też mówię. Chcę, żeby na spokojnie pewne rzeczy wybrzmiały. Możemy zmienić te zwyczaje.

Temat pracy nie jest związany z ustawą, tylko z zagadnieniami merytorycznymi, które państwo zgłaszają do planu pracy Komisji. Starając się, abyśmy w sposób najlepszy, merytoryczny, dyskutowali o sprawach – tak jak powiedziałem – niezwiązanych zresztą z ustawą, to ja w imieniu prezydium, w imieniu wszystkich państwa, zapraszam konsultantów krajowych, zapraszam ekspertów... Nie, tego nie powiedziałem, pani poseł. Tego nie powiedziałem. I to ja panią profesor zaprosiłem. Być może pan minister dodatkowo też takie zaproszenie kierował. Są konsultanci krajowi do różnych tematów, które realizujemy, a którzy w zasadzie nie zabierają głosu, jeżeli ktoś ich o coś nie zapyta, i są tacy, którzy są kreatywni, wręcz zgłaszają się do sekretariatu Komisji, czy mogą prezentację zrobić, czy mogą coś pokazać. I do tej pory przez wiele lat – bo z niektórymi z państwa pracuję wiele lat – wszyscy to wiedzieli, wszyscy to akceptowali.

Minister, nawet jeśliby to był minister-lekarz, to jest osoba, która nie jest omnibusem i nie wie wszystkiego w każdym zagadnieniu ochrony zdrowia, jest elementem politycznym. Ponieważ to zostało wywołane w sposób absurdalny – moim zdaniem – to chcę, żeby to wybrzmiało do protokołu. I zapowiadam państwu – posiedzenia Komisji mogą trwać krócej, możemy profesorów nie zapraszać, przyjdzie minister, powie to, co ma do powiedzenia z notatki, i tyle. Ja robię to po to, aby dyskusja była maksymalnie merytoryczna. Możemy te zwyczaje zmienić i będziemy dyskutować wyłącznie politycznie, a nie merytorycznie. Z tego wynika długa wypowiedź pani profesor, za którą bardzo dziękuję, bo pani profesor pokazała elementy, które są niezwykle istotne.

Oczywiście pytanie posła Sośnierza, czy uda się to zrealizować, to zupełnie inna kwestia, ponieważ wydaje się, że odnośnie do kierunków, to wszyscy się zgadzają. Problem jest, bo my na temat POZ – przypomnę – rozmawiamy od wielu, wielu lat. Ta dyskusja do planu pracy wraca i o tym rozmawiamy, natomiast w przypadku niektórych elementów doszło do poprawy, w innych pewnie nie. I też zgadzam się z tą częścią wypowiedzi przewodniczącego Millera, i tym, co powiedział i podniósł przewodniczący Hoc, że to jest pewna słabość systemu. Ja powiem nawet w taki sposób, patrząc tu na przedstawicieli POZ, w obrębie POZ są ludzie, którzy to robią w sposób doskonały, nie patrzą, że ze stawki kapitacyjnej kierują pacjenta na różne badania, i są tacy, którzy rzeczywiście – tak jak powiedziała też pani poseł Gelert – kierują gdzieś bez jakichkolwiek badań.

W związku z tym uważam, że znakomita większość środowiska, która pracuje bardzo dobrze i którą też wkurza – przepraszam za wyrażenie – takie podejście niektórych... Moim zdaniem jest tu pole do wypracowania takich zasad, żeby właśnie ta kreatywność, aktywność, dobra opieka, były docenione. Żeby nie było tak, że być może komuś bardziej opłaca się czegoś nie zrobić niż coś zrobić, bo na końcu są niestety finanse. Trzeba więc – moim zdaniem – iść w takim kierunku, żeby nagradzać to, co dobre, i tyle, już nie rozwijając tego bardziej szczegółowo. Niestety, wydawało się kiedyś, że pacjenci będą dokonywać tego wyboru poprzez zapisywanie się. Mimo że to wydawałoby się idealne, jednak niestety, może jest za mała świadomość pacjentów – częściej narzekają zamiast, na przykład, w dużym mieście przenieść się do kogoś innego, kto – jak słyszy od znajomych, od przyjaciół – otacza opieką w sposób perfekcyjny.

Teraz kwestia koordynacji czy współpracy z AOS. Ja wiem, że w wielu przypadkach to będzie bardzo trudne do zrealizowania, natomiast w zasadzie nie mamy innego wyjścia. Musimy zrealizować to, o czym przedtem mówili panowie przewodniczący – i ja do tego się dołączam – i to wesprzeć właśnie tą konsultacją. Wtedy mamy szansę, żeby, na przykład pacjent z cukrzycą, którą ma zdiagnozowaną, który trafił do diabetologa, mógł być następnie prowadzony, tylko z koniecznością co jakiś czas, i to nawet rzadko, konsulta-

cji diabetologicznej, przez lekarza rodzinnego. Możemy podawać wiele takich przykładów. Wtedy do AOS rzeczywiście trafią ci, którzy tam muszą trafić, bo na przykład jest to wizyta pierwsza albo takie są wymogi i lekarz rodzinny to oceni, skądinąd musząc przełamać pewne stereotypy, które są w naszym społeczeństwie.

Ja to już też kiedyś mówiłem. Jest takie myślenie. Boli mnie w klatce piersiowej, idę do lekarza rodzinnego – panie doktorze, nic od pana nie chcę, tylko skierowania do kardiologa. Jeżeli nie zmienimy mechanizmów, to najwygodniej jest to skierowanie napisać – tam ugrzęźnie w kolejce czy potrzeba, czy nie potrzeba. Zmieńmy to, ale też w drugą stronę.

Ja osobiście, pani profesor, też mam wątpliwości, jeżeli chodzi na przykład o biopsję tarczycy. Robiłem to przez wiele lat... Oczywiście nie ja robiłem, tylko byłem radiologiem, który dokonywał najpierw diagnostyki, a później, po opisaniu przez mnie badania, wspólnie z patomorfologiem była wykonywana ta biopsja. Nie wiem, jak sobie to państwo wyobrażacie, bo szczerze powiem, że ja sobie tego nie wyobrażam bez udziału osoby, która na tym się zna najlepiej, czyli patomorfologa, który te komórki – bo przecież to jest biopsja cienkoigłowa – będzie dalej oceniał.

Powiem więcej i brutalnie – tych patomorfologów, niestety, jest za mało, a nie wszyscy z nich na wszystkim się znają. Mógłbym podawać przykłady wyników, z których nic nie wynikało, i później trzeba było kłuć jeszcze raz i jeszcze raz oceniać komórki z tej biopsji cienkoigłowej, ponieważ to nie jest tak, że patomorfolodzy znają się na wszystkim tak samo. Są tu więc pewne trudności. Zatem – moim zdaniem – uporządkujmy to, co jest możliwe do uporządkowania, nie wspinajmy się już na Himalaje, nie dopisujmy kolejnych rzeczy, które będzie bardzo trudno opanować. Mamy wiele innych zagadnień, gdzie są te braki, o których mówimy od lat.

Oczywiście to nie jest tak, że nic się nie zmienia, bo wiele rzeczy się zmieniło, ale jeżeli chodzi o podstawy funkcjonowania systemu – bo szanowni państwo, tu wszyscy się zgadzamy, zwłaszcza strona lekarska, która tu pozostała – to jest podstawa funkcjonowania systemu, która została nie najlepiej zaprogramowana ponad 20 lat temu. Pewne elementy nie zostały przewidziane i później nie udało się tego do końca postawić na nogi, tak jak to powinno być, niezależnie od tego, kto był ministrem, z jakiej opcji i ile pieniędzy na to przeznaczano.

Nocna i świąteczna pomoc – już ostatnie zdanie. Przecież to, że ona została przeniesiona do szpitali, wynikało z tego, że do nocnej i świątecznej pomocy trafiali ludzie... Przepraszam, tam nie trafiali, tylko trafiali do szpitali. W związku z tym, to było konsekwencją przyjęcia czegoś, co niestety się utarło i czego nie udało się zmienić w myśleniu poszczególnych pacjentów, że jeżeli coś dolega, to do izby przyjęć... No i zrozumiałe jest, że jeśli komuś coś nagle dolega – bo to jest powód przyjścia do nocnej i świątecznej pomocy – to taki pacjent nie może mieć ze sobą badań, bo na tym to polega. To są te stany nagłe, które nie były stanami ostrymi, kiedy było to rozdzielenie nocnej i świątecznej pomocy i SOR. Teraz jest inaczej. Możemy też to oczywiście kiedyś osobno oceniać.

Tyle z mojej strony. Przepraszam za może zbyt długi wywód. Proszę teraz stronę społeczną o zabranie głosu.

Prezes Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia Bożena Janicka:

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Bożena Janicka, Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia, specjalista medycyny rodzinnej i pediatrii. Szanowni państwo posłowie, zaproszeni goście, wiele bardzo cennych uwag już padło. Ja niezależnie od wszystkiego chciałabym spróbować odrobinę podsumować.

Myślę, że zmiany, które są potrzebne, są potrzebne w całym systemie opieki zdrowotnej. Zacznę od tego, że brakuje nam całościowej strategii, w której będzie ochrona zdrowia jako całość, czyli współpraca między szpitalami, AOS i rolą poszczególnych... Ba! W tej strategii nie możemy zapominać o pacjentach, dlatego że tak naprawdę to zmiany, które będą dla pacjenta.

Oczywiście zmiany są potrzebne, natomiast ta strategia powinna mieć z jednej strony informację, jak powinien funkcjonować POZ, oczywiście w jakim zakresie rozszerzać, ale również – co już na tej sali było powiedziane – wskazanie kadr, uzupełnienie ich i powie-

rzenie im nowych, szerokich zadań. Dlatego, z całym szacunkiem, pierwsze pytanie, które sobie zapisałam – ile lat jest przewidziane na zrealizowanie kierunków tej reformy, bo tego nie zrobi się ani w rok, ani w 10 lat, bo po pierwsze, nie ma kadr, i to nie tylko kadr w POZ.

Druga rzecz. Oczywiście rozumiemy, że teraz musimy usprawnić AOS, który dzisiaj w małych miejscowościach nie funkcjonuje w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia. Czyli spadnie to na lekarzy POZ, którzy nie będą w stanie tego zrealizować. I tu pytanie pacjenckie. Przynajmniej w założeniach było tak – i pytanie, czy zostanie to utrzymane... Jeżeli ja podpiszę albo wejdę we współpracę z konkretnym kardiologiem, czy pacjent będzie mógł zmienić sobie kardiologa, bo szanowni państwo, dzisiaj świadomość naszych pacjentów to jest dramat. Już widzę te awantury w moim gabinecie, że ja skonsultowałam z Kowalskim, a nie z Iksińskim, bo miał być Iksiński, a nawet jeżeli umówię poradę, to oni pójdą tam. Dlaczego o tym tutaj mówię? Dlatego, że w tej strategii całościowej musi być pacjent, musi być Rzecznik Praw Pacjenta, organizacje pacjenckie. Bez nich nie zreformujemy myślenia naszych pacjentów.

No i oczywiście kwestia, która dzisiaj też była bardzo często mówiona. Szanowni państwo – państwo posłowie wiecie to od lat – nie da się robić reformy na ludziach. Robi się z ludźmi. Zatem szerokie konsultacje, a z tymi szerokimi konsultacjami w ciągu ostatniego roku było różnie. I druga rzecz – nie ma reformy bez pieniędzy, a reforma ochrony zdrowia całościowa jest konieczna.

I tu od razu mówię – kwestia NPL. Dlaczego pacjenci...? Nie chcę w to wchodzić, bo tu Najwyższa Izba Kontroli robiła kontrole. Wiemy. Kwestia pacjenta cukrzycowego, który jest utrzymany na siłę w poradni cukrzycowej będąc jedynie na tabletkach – mieliśmy rozwiązania, wskazywaliśmy te rozwiązania. Czyli reforma dzisiejszego AOS – nie tylko włożenie czegoś do POZ-u. Zrobienie również reformy, która by zeszła w dół, zarówno do AOS, jak i szpitalnictwa.

Apeluję do państwa. Proszę o strategię całościową, długofalową, która będzie wprowadzała zmiany w wielu koniecznych rzeczach, a przede wszystkim, strategia kadr, których my... Oczywiście pani konsultant, pan profesor dobrze wie, w których miejscach zaistnieje koordynacja, ale ja odpowiadam, że w miejscach, które reprezentuję, będzie to może 10%. Może. Dlatego że na dzień dzisiejszy nie mamy kadr, nie mamy finansowania, mamy galopującą inflację, a z drugiej strony, mamy sytuację, w której coś trzeba zarobić, bo ten pacjent pozostaje bez zaopatrzenia. Wtedy trafia na SOR, trafia na siłę do szpitala. Dlatego na dzisiaj potrzebna jest całościowa reforma ochrony zdrowia.

Dlaczego w części udała się 20 lat temu? Dlatego, panie przewodniczący, że zabrakło dalszej reformy. Zrobiono tylko POZ, a potem zostawiono nas ze wszystkim. I przed tym przestrzegam, żeby nie było znowu, że zrobi się jakąś reformę na POZ – nie z POZ – pozostawiając resztę. Nie przyniesie to efektu dla pacjenta, a to pacjent ma być objęty opieką i mądrze korzystać z tego systemu, i o to apeluję. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję. Czy ktoś z państwa chciałby jeszcze zabrać głos? Nie widzę zgłoszeń. W takim razie proszę o odpowiedź na pytania. Myślę – nie wiem, jak pan minister uważa – że najpierw chyba pani profesor, a pan minister na końcu podsumuje. Czy chce pan odwrotnie?

Podsekretarz stanu w MZ Marcin Martyniak:

Myślę, że odwrotnie.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Odwrotnie. Proszę bardzo. Pan minister.

Podsekretarz stanu w MZ Marcin Martyniak:

Szanowni państwo, bardzo dziękuję za wszystkie argumenty merytoryczne. Argumenty ad personam zostawiam na boku. Dziękuję za te uwagi, tylko że sytuacja wygląda tak, że z tej naszej dyskusji dotyczącej POZ i tych planowanych mechanizmów wyrosła nam tu dzisiaj dyskusja kompleksowa, co zresztą było zaznaczone przed momentem przez panią prezes. Chciałbym jednak mimo wszystko skupić się na tych wątkach, o których

chcielibyśmy podebatować dzisiaj, czyli właśnie tych związanych z POZ. Pojawiło się parę pytań, które sobie wynotowałem.

Pani poseł Skowrońska, która chyba już opuściła salę, wspomniała o tym, że profilaktyka chorób układu krążenia w tym materiale, w tym zarysie, była przedstawiona w sposób bardzo lakoniczny. Ja chciałbym powiedzieć, że nie do końca tak było, bo pani profesor też o tym wspominała, więc prostując odpowiadam na to pytanie. Poszerzenie grona osób kwalifikujących się do tego badania. Zmniejszamy próg wiekowy – będzie to już od 35 r.ż. Nie będzie to w sposób cykliczny z pewną periodyzacją, ale w sposób ciągły.

Druga kwestia. Uproszczenie realizacji poprzez zniesienie wymogu dwóch wizyt stacjonarnych, bo dotychczas tak było. Jest to więc pewnego rodzaju ułatwienie. Dodatkowo aspekt pielęgniarek był już omawiany przez panią profesor, więc to jest kolejna, trzecia rzecz. I czwarta, premie dla świadczeniodawców za objęcie profilaktyką. To jest jakby ta pierwsza kwestia, jeśli chodzi o pytanie merytoryczne, które pani poseł zadała.

Pojawiło się również pytanie dotyczące materii bardziej farmaceutycznej, ale też odpowiem, że ten przepis funkcjonował w okresie pandemii. W momencie kiedy znieśliśmy stan pandemiczny do stanu zagrożenia, ten przepis wrócił po prostu do początkowego. Jeśli chodzi o teleporady, chciałbym wyraźnie i dobitnie podkreślić, że kierunkowanie się i tworzenie z teleporad pewnego rodzaju trzonu opieki nad pacjentem to nie jest percepcja i narracja Ministerstwa Zdrowia. To ma być pewnego rodzaju uzupełnienie bezpośredniej, fizycznej porady w sytuacjach uzasadnionych, adekwatnych i które z tym korespondują.

Pan poseł Hardie-Douglas pytał o leczenie ran. Z tego, co pamiętam, ten temat przewijał się bardzo silnie, ale na to pytanie merytoryczne...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Ja myślę, pani ministrze, że to nie tyle chodziło o leczenie, ile o sformułowanie. Ja przyznam szczerze, też z tym się zgadzam. Mówmy normalnym językiem, nie wymyślając nowych określeń na rzeczy, które znane są od lat. Nie było tutaj zastrzeżeń do tego... Ale przepraszam.

Podsekretarz stanu w MZ Marcin Martyniak:

Dobrze. Było również pytanie od pana posła o to, czy pilotaż POZ miał sens i czy był czas na to, żeby przeanalizować wnioski i wyniki. Tak, panie pośle, był na to czas. Pomimo tego, że był on dość krótki, zespół bardzo intensywnie pracując pochylił się nad tym. My również jako ministerstwo, wspierając bardzo silnie ten zespół swoimi zasobami analitycznymi, pochyliliśmy się nad tym wątkiem.

Teraz płynnie przechodzę do pytania pana posła Sośnierza o mierniki. Tak, te mierniki zostały wypracowane w ramach zespołu. Są, funkcjonują, istnieją i będą pewnego rodzaju papierkiem lakmusowym proponowanych zmian, bo dzisiaj rozmawiamy o proponowanych zmianach i planowanych mechanizmach.

Kolejna kwestia, dotycząca braku strategii systemowej. Taka strategia systemowa istnieje, funkcjonuje, nazywa się „Zdrowa Przyszłość". Została opublikowana w poprzednim roku. Ona w sposób zasadniczy dookreśla również aspekt związany z odwracaniem piramidy świadczeń zdrowotnych, bo tak naprawdę zaczynamy od tego momentu, czyli od tego podstawowego, czyli podstawowej opieki zdrowotnej, i to jest pierwszy krok. Pierwszy krok, podkreślam. Natomiast nie oznacza to, że to, co dzisiaj przedstawiamy państwu, to jest coś oderwanego od holistycznej, całościowej wizji. To jest pierwszy kamień. Po kolejne będziemy iść za chwilę.

Cóż dalej? Pani poseł Masłowska pytała o choroby nerek. Też niestety musiała opuścić salę, z tego co widzę, ale prosiła nas, żebyśmy odnieśli się do tego, żeby potem mogła to odsłuchać na audiogramie.

Jeśli chodzi o aspekty związane z KPO, odpowiem krótko – negocjacje trwają. W tym zakresie „doszczegółowienie" przyjdzie pewnie w terminie późniejszym... Na pytanie o nerki, panie pośle, odpowie pani profesor.

Temat kadry medycznej również się przewijał jako element bardzo newralgiczny, jak bym powiedział – również w pytaniu pana posła Korwina-Mikkego – dotyczący koordynacji współpracy między lekarzami. To nie wygląda w ten sposób, że lekarze stoją

za ścianami i nie są w stanie ze sobą korespondować. To jest udrożnienie pewnego procesu prowadzenia pacjenta. To nie oznacza, że w dotychczasowym systemie ci lekarze stanowili odrębne elementy, do których pacjent przychodził jako ciało, które trzeba po prostu zbadać i zweryfikować. Pacjent był, jest i będzie prowadzony w sposób powiedziałbym bardzo ułożony i uporządkowany. Ten aspekt koordynacji będzie miał wymiar kluczowy w tym zakresie, żeby pacjent czuł się objęty opieką.

Była również kwestia dotycząca inflacji. Szanowni państwo, w materiałach, które zostały państwu dostarczone, jest tabelka na stronie drugiej. Ta tabelka mówi o tym, że dynamika nakładów na POZ w 2021 r. względem 2020 r. wyniosła plus 26%. Bardzo bym więc chciał, żeby państwo zwrócili również uwagę na tego typu wymiar.

Jeśli mówimy o dalszych aspektach, o nocnej i świątecznej opiece zdrowotnej, to na to pytanie odpowie pan dyrektor Dzięgielewski, bo to też chyba ze trzy razy wybrzmiało w państwa pytaniach, w państwa uwagach. I to na ten moment tyle. Dziękuję. Pewnie będą jeszcze dogrywki.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dobrze. Dziękuję bardzo. Teraz nie wiem, czy pani profesor, czy pan dyrektor. To kto? Dobrze, pan dyrektor.

Dyrektor Departamentu Lecznictwa MZ Michał Dzięgielewski:

Ponieważ wszyscy tak naprawdę, przynajmniej na początku, kierowali pytania do pani profesor, to pani profesor powinna podsumowywać. Michał Dzięgielewski...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Przepraszam, panie dyrektorze. Ja tutaj podsumowuję, tak więc bardzo proszę.

Dyrektor departamentu MZ Michał Dzięgielewski:

Naszą wypowiedź.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dobrze, proszę kontynuować.

Dyrektor departamentu MZ Michał Dzięgielewski:

Michał Dzięgielewski, na szczęście lekarz z wykształcenia, 15 lat w Polsce powiatowej, w POZ i w szpitalu, 15 lat w instytucji płatnika, 1,5 roku dyrektorowania Departamentowi Lecznictwa. Oczywiście nikt nie jest samotną wyspą i nikt nie jest w stanie sam robić wszystkich reform i je przygotowywać, natomiast wydaje się, że mam też pamięć historyczną, znam system – znamy wszyscy – bo trzeba pamiętać, że w ministerstwie pracują ludzie, którzy znają się na tym systemie. Minister zna się równie dobrze. Niektóre szczegóły mogą mu umknąć. Od szczegółów jesteśmy my. Minister jest zawsze od wytyczania strategicznych kierunków.

Z panią profesor uśmiechaliśmy się do siebie i bardzo chcieliśmy państwu podziękować za wszystkie pytania, które dotyczyły finansowania, i za wszystkie propozycje, bo tak naprawdę, jeśli chodzi o tę reformę, o której mówiła pani profesor, a która zostanie przedstawiona przez Radę do Spraw POZ – bo rada skończy działalność 30 czerwca, mam przyjemność być jej członkiem pod przewodnictwem pan profesor – dokładnie w tę stronę idą postulaty. To znaczy, proszę państwa, chcielibyśmy, żeby już nie rósł w takim tempie kapitacyjny sposób finansowania, żeby nie poprzestać tylko na nim.

Być może to umknęło – w zeszłym roku w Sejmie, potem w Senacie, została zgłoszona i przegłosowana poprawka, która umożliwia w ramach umów na podstawową opiekę zdrowotną zawierać środki finansowe. Umowy POZ tym się różniły od całej reszty umów na świadczenia opieki zdrowotnej, że tam nie było żadnych pieniędzy, tam były określone stawki kapitacyjne, więc finansowano pacjenta, który się zapisał. Niestety, nie mogę odczytać, jakie są składki w grupach wiekowych, gdyż nie ma pani poseł Skowrońskiej, która o to pytała, a jest to dość skomplikowana kategoria. Czyli tak naprawdę były płacone stawki za każdą „zaoptowaną” osobę, w zależności od grupy wiekowej, która jest – i są w dalszym ciągu – czy też jest pensjonariuszem DPS, ale poza tymi stawkami część świadczeń w POZ była też finansowana w systemie fee for service. Były to świadczenia, na przykład, związane z pacjentami spoza własnej listy aktywnej, którzy gdzieś byli

w czasie wakacji. Są to świadczenia pielęgniarki, są to niektóre świadczenia położnej. To jest szereg katalogów.

Odpowiadając na pytanie, czy trzeba będzie na to zawierać nowe umowy – nie. Po prostu w katalogu pojawią się nowe produkty, za które będziemy płacić. Natomiast sam sposób finansowania, który państwo postulowali, a który będzie realizowany w ramach budżetu powierzonego, polega na tym, że poza stawkami kapitacyjnymi przypisanymi obecnie do deklaracji złożonych w POZ, będzie pewna pula pieniędzy do zarządzania przez lekarza, ale będzie to pula, która nie może być wydana na utrzymanie własnego ośrodka. Z tej puli finansowane będą właśnie badania, o których mówimy i te konsultacje na linii lekarz-lekarz lub na linii lekarz-pacjent.

Nie będzie to system, który zastąpi obecną ambulatoryjną opiekę specjalistyczną. Dlatego też to nie jest kwestia tego, czy pacjent może zmienić lekarza. Jeżeli pacjent jest kierowany przez lekarza POZ do kardiologa w ramach puli POZ, to lekarz decyduje, gdzie to jest, bo tam ma podpisaną umowę, ale poza tym będzie istnieć cały normalny świat ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Jeżeli pacjent sobie życzy, będzie mógł dostać skierowanie w ramach normalnego systemu, stanąć w tej kolejce, o której wszyscy mówimy.

Natomiast umowy zawierane z poszczególnymi specjalistami nie będą musiały być zawierane z ośrodkami, które mają umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia, bo można sobie wyobrazić taką sytuację, że lekarz POZ ma jednocześnie specjalizację z kardiologii i wtedy będzie udzielać takich konsultacji sam, wpisywać do dokumentacji medycznej i rozliczać jako poradę specjalistyczną, bo jak najbardziej jest to ten przypadek, z pewnymi konsekwencjami. W każdym razie, jeżeli te środki nie zostaną wydane na rzecz pacjentów, na to, żeby umożliwić im zrobienie poszczególnych badań i odbycie konsultacji specjalistycznej, to one przepadają. To znaczy, nie zatrzymuje ich POZ. To będzie tak, jak w całej reszcie świata. Czyli mamy umowę, umowę należy rozliczyć produktami. Na kolejnym etapie będzie to bardziej rozbudowane.

Chcemy wpuścić te wszystkie reformy jeszcze w tym roku – te poszczególne etapy, bo tak zarysował to zespół do spraw POZ. Oczywiście wiemy, że nie od razu Kraków zbudowano. Wiemy, że nie od razu wszyscy będą aktywni, ale ten sposób finansowania premiować będzie właśnie tych, którzy pracują najlepiej, którzy od dawna już są zaznajomieni z tym tematem.

Kto będzie to robił? Proszę państwa, nie możemy przez cały czas powtarzać, że POZ to jest lekarz, pielęgniarka i czasem położna. POZ to powinien być zespół ludzi i to jest próba budowania takiego zespołu, bo w tej chwili, jeżeli chodzi o same porady edukacyjne, zarządzanie chorobą, dostrzegamy tutaj rolę także dla dietetyków, edukatorów, pielęgniarek, właśnie dla koordynatora, który będzie tego pacjenta przeprowadzał i pilnował, żeby pacjent na czas zrealizował badania profilaktyczne, tak jak wychodzi z lekarzem...

Oczywiście, jeżeli oprzemy cały system tylko i wyłącznie na lekarzach POZ, to nigdy nie będziemy mieli dość personelu, bo chyba żadnego kraju nie stać na to, żeby wszystko robili lekarze. W większości miejsc odbywa się to także przy wykorzystaniu wszelkich innych możliwych pracowników medycznych i przy maksymalnym wykorzystaniu ich kompetencji.

Przepraszam, bo komputer zasnął mi na chwilkę. Tylko zobaczę, na co jeszcze miałem odpowiedzieć. A, nocna i świąteczna opieka lekarska. Proszę państwa, to nie jest tak, że zmuszamy szpitale z SOR do tego, żeby przejęły zadania związane z nocną i świąteczną opieką. W roku 2017 od ostatniego kwartału zmusiliśmy wszystkie szpitale uczestniczące i działające w sieci szpitali do tego, żeby tę nocną i świąteczną opiekę prowadziły, więc w znakomitej większości kraju nocna i świąteczna opieka znajduje się w tej chwili przy szpitalach. To, że został zapis, który mówi o tym, że jeżeli w szpitalu znajduje się szpitalny oddział ratunkowy, to taki szpital prowadzi nocną i świąteczną opiekę, nie wynika bezpośrednio z ustawy sieciowej ani z roli, jaką chcemy dać sieciowym podmiotom, tylko z zapisów ustawy o ratownictwie medycznym, która taką funkcję wprowadza. Mówi ona o tym, że jeżeli prowadzisz szpitalny oddział ratunkowy, to będziesz miał też nocną i świąteczną opiekę.

Problemem nie jest zgłaszanie się do nocnej i świątecznej opieki bez wyników badań. Problemem jest właśnie to, że przy braku koordynacji pacjentom łatwiej jest trafić na izbę przyjęć czy SOR niż do nocnej i świątecznej opieki. Dlatego też raporty NIK mówią o bardzo wysokim odsetku pacjentów, którzy są załatwiani na SOR, mimo że nie powinni. Tutaj widać pewnego rodzaju możliwość współpracy, koordynacji i kompleksowości, bo jeżeli to w jednym miejscu będzie rozsądnie zarządzany ruch pacjentów, to zostanie pokierowany tam, gdzie trzeba.

Czyli tak naprawdę, można to sobie wyobrazić, że jeżeli mam SOR i mamy osobę, która przeprowadza triaż u pacjentów dzieląc ich na poszczególne kategorie, to ta najprostsza kategoria, zielona, z założenia powinna trafiać do nocnej i świątecznej opieki, która powinna być w tym samym miejscu, bo powinna być prowadzona przez ten sam podmiot. Natomiast w stosunku do obecnych zapisów jest to poluzowanie pewnego rodzaju przepisu, który mówił o tym, że każdy szpital, który został zaliczony do sieci szpitali, poza szpitalami ogólnopolskimi, prowadzi z urzędu nocną i świąteczną opiekę. W tej chwili jest to ograniczone tylko do tych szpitali, które mają SOR, i jeszcze raz powtarzam, wynika to tylko i wyłącznie z tego, że tak mówi ustawa o ratownictwie medycznym. To jest tylko próba pozostawienia tych zapisów.

Oczywiście, jeżeli ktoś będzie deklarował wolę, żeby taką nocną i świąteczną opiekę prowadzić, to zostawimy rozwiązania, które będą polegały na tym, że wystarczy zgłosić akces, tym bardziej, że robią to już od 2017 r., czyli to już jest pięcioletnie doświadczenie. Natomiast przymus będzie wynikać z ustawy o ratownictwie medycznym i będzie dotyczyć tylko i wyłącznie szpitali, które prowadzą szpitalne oddziały ratunkowe. To tyle z mojej części. Pani profesor.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Rozumiem, że pan dyrektor zakończył swoją wypowiedź. Proszę, pani profesor, o odniesienie się do podniesionych problemów.

Konsultant krajowy w dziedzinie medycyny rodzinnej Agnieszka Mastalerz-Migas:

Bardzo dziękuję. Panie przewodniczący, szanowni państwo – nie wypada mi siedzieć tyłem mówiąc – ja sobie tutaj wypisywałam po kolei te kwestie, które państwo zgłaszali, więc pozwolę sobie odnieść się do tych merytorycznych kwestii, które pojawiały się w dyskusji.

Do pana posła, w pierwszej kolejności. Ja wspominając o tym, że był krótki czas na analizę pilotażu mówiłam o tym terminie ustawowym 1 października. Dlatego ta opieka koordynowana weszła w takim bardzo okrojonym zakresie w postaci po prostu wdrożenia koordynatora jako nowego stanowiska, a nie weszły te rozwiązania, o których w tej chwili rozmawiamy. Natomiast już potem był czas, żeby rzeczywiście przyjrzeć się tym wynikom. Zresztą ten raport z pilotażu był prezentowany publicznie – była konferencja, gdzie to było prezentowane. To jest dostępne na stronach Funduszu i chyba również w formie nagrań właśnie z tej konferencji. Natomiast my, wdrażając czy proponując do wdrożenia te rozwiązania, opieraliśmy się właśnie na wynikach pilotażu i na tym, co realizatorzy wskazywali jako coś, co najbardziej się sprawdziło, co i pacjenci chwalili, i dla personelu było rzeczywiście przydatne.

Jeśli chodzi o badania specjalistyczne i jakby wiedzę i możliwości odnośnie do kierowania, to oczywiście ten panel badań specjalistycznych się poszerza. Ja w tej chwili jestem w kontakcie z każdym z konsultantów krajowych z poszczególnych dziedzin i do każdej ścieżki będą wypracowane stanowiska konsultantów. W tej chwili dwa już są gotowe, trzecie się pisze. Kolejne powstaną przez wakacje, gdzie będzie bardzo jasno opisana w dosyć skrótowy sposób ścieżka postępowania, czyli wskazania do określonych badań, wskazania do konsultacji specjalistycznej. Natomiast pamiętajmy, że zawsze w odwodzie jest ten specjalista, z którym współpracujemy, który powinien skonsultować pacjenta, gdy mamy wątpliwości.

Chcę też powiedzieć, że o ile już w konsultacjach społecznych mamy projekt tego powiedzmy małego budżetu diagnostycznego, gdzie jest tych kilka badań dla wszystkich placówek POZ, o tyle opieka koordynowana jeszcze nie jest w rozporządzeniu. Będą konsultacje społeczne. Wprawdzie zestaw badań był konsultowany – z realizatorami pilo-

tażu POZ PLUS i z konsultantami poszczególnych dziedzin było to na poziomie zespołu konsultowane – natomiast będą jeszcze konsultacje publiczne, więc oczywiście będzie można zgłaszać uwagi. Do mnie też trafiają takie uwagi dotyczące badań, które z kolei tam się nie znalazły, a my po konsultacjach ze specjalistami ich nie zamieściliśmy. Jest to więc pewien otwarty zbiór, który będzie zamknięty dopiero wtedy, kiedy będzie już akt prawny.

Oprócz tych stanowisk konsultantów, będą takie szersze wytyczne, które są w trakcie opracowywania z towarzystwami naukowymi. Czyli do każdego takiego krótkiego leafletu będzie dłuższe opracowanie. Zresztą w tej chwili już dużo jest tych opracowań dla podstawowej opieki zdrowotnej. One są po prostu w tej chwili aktualizowane do nowych standardów, które zaczną funkcjonować jesienią.

Jeśli chodzi o to nieszczęsne określenie „zarządzania raną" – mówię nieszczęsne, bo to wybrzmiewało dzisiaj kilkakrotnie, a my w zespole też o tym dyskutowaliśmy, bo nam to również się wydawało dosyć specyficznym określeniem – zostało to tak wpisane na wyraźne wręcz żądanie pań pielęgniarek, które mówią, że tak to jest zapisane, że pielęgniarka zarządza raną, że opieka to jest spłycenie... No, jest oficjalny słownik, gdzie to jest tak nazwane i to jest nazewnictwo międzynarodowe. To jest po prostu management... Dyskutowaliśmy – to już tutaj zdradzam, jak toczyło się to podczas prac zespołu. Pani profesor Kiliańska, która jest wybitnym specjalistą pielęgniarstwa, bardzo optowała za tym, żeby zachować wierne tłumaczenie nazewnictwa, które jest nazewnictwem międzynarodowym, więc nie tyle bronię, bo mnie to też trochę zgrzyta, ile jest to świadczenie pielęgniarskie i przez panie pielęgniarki tak zostało zaproponowane.

Odnośnie do kwestii zgłoszonych przez pana doktora, pana posła Sośnierza, to w ogóle bardzo dziękuję, bo są to bardzo istotne kwestie, które dla mnie też są bardzo ważne. Tutaj pan minister wspomniał, że te wskaźniki są wstępnie opracowane. Ja podam trochę więcej szczegółów.

Pochylaliśmy się nad wskaźnikami oceny jakości i oceny efektywności tych świadczeń. Jest takie opracowanie Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego sprzed bodajże dwóch albo trzech lat, gdzie są wskazane wskaźniki oceny jakości i efektywności w podstawowej opiece zdrowotnej. Jest ich ponad 120. Tutaj też sięgnęliśmy do wzorów chociażby brytyjskich, gdzie również bardzo dużo tych wskaźników jest liczonych. Można te wskaźniki podzielić choćby na wskaźniki organizacyjnej efektywności, na wskaźniki klinicznej efektywności, tak więc rzeczywiście można tutaj ten system zbudować bardzo obszernie i szczegółowo. Natomiast trzeba sobie powiedzieć, że my jesteśmy na początku drogi.

Chcemy tę efektywność mierzyć i dlatego na początek zaproponowaliśmy możliwie najprostsze. Czyli chociażby, właśnie jeśli chodzi o efektywność programów szczepień, programów profilaktycznych, to jest procent objętej populacji. Jeśli chodzi o opiekę nad pacjentami chorymi przewlekle, to jest chociażby wskaźnik tych pacjentów, którzy w ogóle są objęci opieką przewlekłą, którzy mieli zrealizowaną wizytę kompleksową i stworzony indywidualny plan opieki medycznej. To jest kwestia, ilu pacjentów nadal jest kierowanych do opieki specjalistycznej, ilu zostaje w POZ, ale nie wchodzi do opieki koordynowanej, bo to też z pilotażu wiemy, że to nie jest tak, że wszyscy będą chcieli być w tej opiece koordynowanej. Część pacjentów będzie nadal chciała być po prostu konsultowana tradycyjnie w tym systemie, który przecież zostaje.

To jest też kwestia analiz, chociażby realizacji recept w chorobach przewlekłych. W tej chwili to również jest jakby kolejny etap realizacji programu e-recepty. E-recepta już jest dobrze zakorzeniona w systemie, natomiast teraz rozmawiamy o takich rozwiązaniach jak e-recepta 2.0, gdzie po prostu lekarz prowadzący dostaje informację o tym, czy pacjent receptę wykupił. To już mamy na platformie P1, ale tutaj można pójść krok dalej i oczekiwać na przykład aktywnych komunikatów z systemu o tym, że z pacjentem dzieje się coś złego.

Bardzo ważnym wskaźnikiem jakościowym jest też odsetek pacjentów, którzy pozostają poza opieką. Czyli to są osoby, które na przykład przez 2, 3, 5 lat – ten wskaźnik można różnie ustawić – po prostu nie były w swojej placówce. To również jest jeden ze wskaźników.

Poza tym proponowaliśmy, żeby monitorować... Zużycie budżetu powierzonego będzie musiało być monitorowanie, bo ono będzie rozliczane co kilka miesięcy i w zależności od zużycia, jeżeli ktoś nie wykorzysta, to ten budżet będzie mógł być przesunięty dla tych palcówek, które będą mieć nadwykonania. No, ale właśnie monitoring kierowania pacjentów, realizacji badań diagnostycznych, to jest coś, czego nam na dzisiaj brakuje i chcielibyśmy, żeby to się pojawiło.

Jeśli chodzi o system płatności, to przechodzimy na system mieszany. Tutaj już nie ma pana przewodniczącego Hoca, ale to, co będzie finansowane z budżetu powierzonego oprócz diagnostyki, to jest właśnie płatność zadaniowa – za wizyty kompleksowe, za edukację. To zostaje w POZ, to będzie realizował personel POZ. To są płatności zadaniowe.

Odpowiadając panu posłowi Korwinowi-Mikkemu, oczywiście nikt nie zabrania lekarzom kontaktowania się ze sobą. To jest jasna sprawa. Natomiast zmiana polega na uregulowaniu systemowym i płatności za taką konsultację. W tej chwili odbywa się to często na zasadzie koleżeńskiej, tudzież na zasadzie skierowania pacjenta do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. To mamy w systemie. Nowością jest to, że to nie pacjent będzie musiał iść, żeby specjalista dostał środki, tylko będzie to specjalista współpracujący z POZ i uzyskujący wynagrodzenie za zrealizowanie takiego minikonsylium, które będzie z nim prowadził lekarz podstawowej opieki zdrowotnej.

Jeśli chodzi o choroby nerek tutaj wywołane, to rzeczywiście jest problem, który podnosi się, ponieważ nerki są uszkadzane w najczęstszych chorobach cywilizacyjnych – cukrzycy, chorobach układu krążenia, otyłości. Tych pacjentów jest bardzo dużo. W tym zakresie jest duże niedodiagnozowanie i ważna jest kampania świadomościowa dla pacjentów. W tej chwili realizowana jest taka kampania. To jest kampania „Otwórz serce na nerki".

Ja też powiem, ponieważ kieruję Polskim Towarzystwem Medycyny Rodzinnej, że przygotowaliśmy krótki kurs edukacyjny dla lekarzy POZ z przewlekłej choroby nerek, żeby uświadomić, że to jest problem. Tak więc ci z państwa, którzy są lekarzami, mogą wejść na stronę ptmr.info,pl. Tam można się zalogować mając prawo wykonywania zawodu i po prostu zrealizować taki kurs. Zachęcam, żeby poszerzyć wiedzę.

Natomiast, jeżeli chodzi o zmiany systemowe, to w koszyku badań diagnostycznych... Może inaczej. W budżecie powierzonym opieki koordynowanej pojawia się badanie albuminurii. Czyli, lekarz POZ w tej chwili może zdiagnozować przewlekłą chorobę nerek, ale oznaczając kreatyninę lub robiąc ogólne badanie moczu, natomiast dochodzi badanie albuminurii, czyli dużo wcześniejsze wykrycie tego uszkodzenia. Już nie chcę wchodzić w medyczne szczegóły, bo chyba za bardzo szczegółowo się tutaj rozwijam, ale to po prostu poszerzenie możliwości diagnostycznych.

Jeśli chodzi o wdrożenie – nie pamiętam, przyznaję, nie zapisałam nazwiska, kto o to pytał – rzeczywiście będzie ono bardzo dużym wyzwaniem. Myślę, że warto, żebyśmy podkreślili, iż to wdrożenie nie będzie na starcie obligatoryjne dla wszystkich, dlatego że mamy świadomość, że jednostki będą bardzo różnie przygotowane do tego. W Polsce POZ jest bardzo zróżnicowany. To są i bardzo duże podmioty mające też inne obszary świadczeń, jak chociażby właśnie ambulatoryjną opiekę specjalistyczną, i są to również bardzo małe podmioty, więc potrzeba czasu, bo będą tacy, którzy na starcie będą gotowi i wejdą, i będą tacy, którzy będą potrzebowali pokazania, jak to robić.

Będą przygotowane szkolenia dla kadry zarządzającej, dla personelu medycznego, jak to po prostu wprowadzić. Mamy już zapewnienie, że realizatorzy, którzy robili pilotaż POZ PLUS, w to się włączą. Oczywiście czekamy na środki unijne, bo z tego takie szkolenia pewnie chętnie byśmy finansowali, natomiast, nawet jeśli te środki się nie pojawią, to pro bono najistotniejsze rzeczy zostaną przygotowane tak, żeby podmioty wiedziały po prostu, jak się przygotować do opieki koordynowanej.

Co jest ważne? Było pytanie o wyposażenie, chociażby o sprzęt. Jeśli popatrzymy na planowane fundusze unijne, chociażby na program FEnIKS, to tam jest zarezerwowana duża pula środków dla podstawowej opieki zdrowotnej właśnie na rozszerzenie zakresu świadczeń, więc tutaj będą środki na to, żeby kupić sprzęt. Natomiast oczywiście problemem w systemie są kadry i tego problemu, proszę państwa, nie rozwiążemy na dzień dzisiejszy w żaden sposób, bo nam w każdym obszarze brakuje kadr medycz-

nych. I możemy oczywiście usiąść i powiedzieć – nie ma kadr, nic nie robimy, bo nic nie da się zrobić, albo próbować coś zrobić.

To, co ja tutaj widzę jako pewne światełko w tunelu – jeśli mówimy, że mamy mało kadr medycznych, to zastanówmy, jak te kadry wesprzeć, jak im zabrać obowiązki niemedyczne, żeby uwolnić jakieś moce przerobowe, które są przeznaczone na rzeczy, których lekarz, pielęgniarka czy położna robić nie muszą. I tutaj jest funkcja koordynatora. Z czasem być może jeszcze funkcje dodatkowe, bo tak jak wspomniał pan dyrektor, ten zespół podstawowej opieki zdrowotnej, którym ustawowo jest teraz zespół medyczny – lekarz, pielęgniarka, położna – powinien być rozbudowywany.

Proszę też patrzeć na te zmiany, które proponujemy, jako na pewien wstęp, dlatego że przez lata działo się relatywnie niewiele. Jeśli teraz chcemy przeprowadzić reformę – a ja zgadzam się z panią doktor Janicką, że dobrze byłoby, żeby to nie była tylko reforma w obrębie podstawowej opieki zdrowotnej, ale właśnie chociażby całej opieki ambulatoryjnej, uwzględniając opiekę specjalistyczną – to tutaj potrzeba i spojrzenia systemowego, i oczywiście kadr, ale to mogą być też kadry niemedyczne.

Prosty przykład. W bardzo wielu placówkach, zwłaszcza mniejszych, pielęgniarka pełni funkcję rejestratorki albo dzieli ten czas – pracuje trochę w gabinecie zabiegowym, trochę w rejestracji. Zakładając, że pojawiają się środki, które pielęgniarka może zadaniowo, mówiąc kolokwialnie, zarobić za określone świadczenia, to jest oczywiste, że nasuwa się proste rozwiązanie, aby pielęgniarka robiła zadania medyczne, a w rejestracji pracowała rejestratorka. Prawda? To są… Jest bardzo różnie, pani poseł. To zależy od pomiotu. W większych podmiotach są to rejestratorki, w podmiotach prywatnych są to rejestratorki, natomiast w mniejszych praktykach jest to wykorzystywane i to na pewno jest rzecz, której zmianę warto rozważyć.

Tutaj pojawiał się jeszcze bardzo istotny wątek. Ja przepraszam, że tak długo mówię, ale to jest bardzo istotna kwestia, ponieważ jest z nami pani Ania Stalmach z Biura Rzecznika Praw Pacjenta, a wspominaliśmy tutaj kilkakrotnie, że bardzo ważna jest świadomość pacjenta, jego edukacja, jak on ma korzystać z systemu, z czym ma się zgłosić i gdzie. To jest praca do wykonania przez wiele osób, nie tylko przez medyków. To jest praca nad świadomością społeczną do wykonania przez nas wszystkich, dlatego że proszę zwrócić uwagę na to, że my przez lata mówiliśmy, że ten POZ to jest taki nie za bardzo – idź do specjalisty, tam cię wyleczą. To wdrukowało się pacjentom. Jeśli więc nie odwrócimy tego trendu, nie pokażemy, nie powiemy – słuchaj, w podstawowej opiece zdrowotnej możesz być kompleksowo objęty opieką… Tutaj musimy być spójni w przekazie i czasem pacjent, który nie korzysta z POZ, kiedy skorzysta, mówi – tu jest nawet lepiej niż w sieciówce. Prawda? Nie chcę tego spłycać, ale myślę, że się rozumiemy.

Wychodząc trochę naprzeciw temu problemowi, z Biurem Rzecznika Praw Pacjenta opracowujemy taki nawigator pacjenta po systemie. To będzie taki mały poradnik właśnie dotyczący tych najistotniejszych kwestii, jak poruszać się po systemie. On jest na ukończeniu. Myślę, że czasem takie proste informacje mogą pacjentom pomóc w tym się odnaleźć, bo nie zawsze jest w tym jakaś zła wola. Czasem jest po prostu niewiedza.

Proszę państwa, mamy trudną sytuację, bo oczywiście mamy za mało kadr, obawiamy się o środki, jest galopująca inflacja, natomiast myślę, że dotarliśmy też do takiego punktu, kiedy warto coś zrobić, kiedy trzeba coś zrobić. Mówimy – za mało kadr, ale proszę państwa, jeśli nie przywrócimy pewnych kompetencji w podstawowej opiece zdrowotnej, nie poszerzymy tych możliwości pracy – tutaj pan przewodniczący Latos ładnie to ujął, że to jest też taki pewien profesjonalizm – to młodzi lekarze nie przyjdą do tej pracy, bo oni nie chcą tylko przepisywać recept, kierować pacjentów po systemie. Oni chcą zarządzać zdrowiem pacjenta. Zatem to też musimy mieć na uwadze, że ta praca ma być atrakcyjna dla tych bardziej ambitnych lekarzy.

Myślę, że te zmiany też idą w tym duchu. I nie traćmy w tym wszystkim z oczu pacjenta, dlatego że te zmiany są dla pacjentów, dla poprawy kompleksowości opieki, dla lepszej dostępności do badań, przy czym nic nie jest odbierane, bo AOS, ta ścieżka skierowania, zostaje, to co jest w stawce kapitacyjnej, zostaje. My po prostu proponujemy, żeby pewne rzeczy dołożyć. Chciałabym więc, żeby popatrzeć pozytywnie, bo mamy taką

tendencję do patrzenia negatywnego, na te zmiany, które oczywiście będą rozciągnięte w czasie. No, ale niech się zadzieją. Niech coś po prostu w tym systemie się zmieni.

Tak więc, odpowiadając na pytanie pani doktor Janickiej, jak długo to będzie trwało – rzeczywiście pełna implementacja to... Przymierzmy się przynajmniej do kilku lat. Natomiast będziemy chcieli zapewnić maksymalne wsparcie tak, żeby to był proces ze wsparciem, z wiedzą, jak to robić, żeby po prostu świadczeniodawców nie zostawić z tym samych. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo za tę bardzo wyczerpującą wypowiedź. Powinniśmy już zbliżać się do końca, ale rozumiem, pani poseł. Proszę uprzejmie, ale krótko,

Poseł Elżbieta Gelert (KO):

Oczywiście, że krótko, bo ja tylko chciałabym zapytać pana dyrektora o tę nieszczęsną nocną i świąteczną opiekę zdrowotną. Pan powiedział, że teraz jest to w ratownictwie medycznym, ale to chyba nie zostało zapisane w ustawie, tylko zostało zapisane w rozporządzeniu... W ustawie o ratownictwie medycznym? No to... W każdym razie, chciałabym zapytać, co ma wspólnego nocna i świąteczna pomoc z ratownictwem. Wytłumaczyć można wszystko, oczywiście powiedzieć, że pacjent jednym strumieniem idzie, ale gdyby się zastanowić nad przyczyną, dlaczego u nas ta nocna i świąteczna pomoc jest tak okupowana, bo to naprawdę jest chyba w każdym... To jedna sprawa.

A druga sprawa. Czy państwo, myśląc o tym, żeby ją skierować do SOR, pomyśleli właśnie o kadrach tam, bo przecież w tych szpitalach naprawdę nie ma kto pracować. Przecież nie da rady, żeby SOR tymi samymi lekarzami obsługiwały jeszcze dodatkowo nocną i świąteczną opiekę. Prawdopodobnie ma to na celu, że kiedyś zginie nazwa „nocna i świąteczna", zostanie tylko SOR, i na pewno bardzo dobrze, bo jeżeli tak będzie szedł rozwój POZ, jak pani profesor mówi, napór tych pacjentów na szpitale w końcu się zmniejszy, bo na dzień dzisiejszy jest bardzo duży.

Mam tylko prośbę do pana ministra odnośnie do koordynowanej opieki. Panie ministrze, ja sobie zdaję sprawę z tego, że w tej chwili mówicie państwo tylko o POZ, jednak ja też zadałam pytanie. Czy mógłby pan ewentualnie odpowiedzieć mi na piśmie – może taką wiedzę pan posiądzie w ministerstwie – co w takim razie z koordynowaną opieką na poziomie specjalistycznym i na poziomie szpitalnictwa? Czy to również będzie opieka, za którą będzie się płaciło? Bo jeżeli płaci się w jednym miejscu, a mówimy...

Teraz koordynacja jest tak modnym słowem, że właściwie nie ma w służbie zdrowia niczego bez koordynowania. Tylko takie ewentualnie pytanie.... Ja oczywiście nie oczekuję od pana ministra odpowiedzi natychmiast, ale jeżeli pan byłby uprzejmy odpowiedzieć mi na piśmie, czy w tym kierunku również idą prace, jeżeli chodzi o specjalistykę i szpitalnictwo w opiece koordynowanej... Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Proszę bardzo, ale też krótko, panie ministrze, bo pewnie tego nie rozwiążemy...

Podsekretarz stanu w MZ Marcin Martyniak:

Bardzo krótko. Oczywiście pani poseł odpowiemy na piśmie. Pan dyrektor Dzięgielewski chciał jeszcze tylko doprecyzować chyba ten wątek, też tak bardzo holistycznie.

Dyrektor departamentu MZ Michał Dzięgielewski:

Tak jest, właśnie holistycznie...

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Panie dyrektorze, pan jest wyjątkowo wyrywny. Proszę uprzejmie.

Dyrektor departamentu MZ Michał Dzięgielewski:

Staram się szybko reagować. Tego ode mnie oczekują...

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

W NFZ niech pan tak reaguje.

Dyrektor departamentu MZ Michał Dzięgielewski:

Nie, teraz jestem w MZ. Pani poseł, jeżeli chodzi o nocną i świąteczną opiekę zdrowotną i SOR, to rzeczywiście niewiele mają wspólnego. Właśnie dlatego powinny być połączone, bo zgodnie ze wszystkimi badaniami, owszem, nocna i świąteczna opieka jest w tej chwili dość obciążona, ale to, co czytamy w gazetach, to co widzimy w wiadomościach, to są przede wszystkim gigantyczne kolejki do oddziałów ratunkowych. Nawet nie do izb przyjęć, tylko do SOR. Natomiast, zgodnie ze wszystkim danymi i zgodnie z tym, co zbieramy – bo analizujemy i sprawdzamy, kto tam trafia – co najmniej połowa tych pacjentów znakomicie mogłaby zostać obsłużona w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, tylko tam nie trafia, bo na SOR jest bliżej... Pani poseł, owszem, w ogóle nie powinna nigdzie trafiać, bo przyzwyczailiśmy się do tego, że jeśli nas noga boli, to już trzeba iść do lekarza, i to najlepiej o 21, ponieważ jesteśmy już po pracy, zrobiliśmy zakupy itd, itd., ale w tym momencie trudno dyscyplinować. Natomiast do ustawy o ratownictwie wpisano funkcję nocnej i świątecznej opieki z tego powodu, żeby odciążyć tych lekarzy, którzy pracują bezpośrednio przy pacjentach, którzy wymagają reakcji tu i teraz, szybkiej diagnostyki lub prostych zabiegów, lub nawet przyjęcia do szpitala, bo wtedy będą mogli szybciej zająć się tymi pacjentami, którzy rzeczywiście potrzebują, gdy będzie można odłączyć ten strumień z podstawowymi pacjentami. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję. Panie pośle, proszę.

Poseł Jerzy Hardie-Douglas (KO):

Ja dosłownie jeszcze jedno zdanie na temat tego nieszczęsnego zarządzania raną. Ja chciałbym tylko zasugerować pani profesor, że może to nie chodzi o słowo „management”, tylko o „to manage”, a „to manage of injury” to znaczy „radzenie sobie z raną”. Gdyby to było przetłumaczone, że pielęgniarka ma sobie radzić z raną, to okej. Natomiast mówienie, że się zarządza raną jest po prostu kompletnie bez sensu. Dziękuję bardzo, ale to jest całkowicie poboczny temat i mało ważny. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo za tę dyskusję. Podzielę wypowiedź pana posła. Myślę, że trzeba sięgnąć do słownika języka angielskiego. My nie znamy wszystkich słów, które łączą się z „management”. „Management” – jak sprawdziłem – ma przynajmniej 13-14 różnych znaczeń. Pewnie lepiej byłoby sformułować lepsze tłumaczenie, które również temu odpowiada. To po pierwsze.

Po drugie, chciałbym tylko panią profesor poprosić, żeby nie mówić o galopującej inflacji. Ja jestem człowiekiem sędziwym i wiem, kiedy była galopująca inflacja. Inflacja jest poważna, jest wysoka, ale galopująca to ona jeszcze na pewno nie jest... Co prawda, pan poseł będzie miał inne zdanie na ten temat, ale zostawmy to.

Bardzo dziękuję za tę dyskusję, która próbowała odpowiedzieć na pytanie, co robić. Jednak na pytanie, co robić z podstawową opieką zdrowotną dyskutujemy od lat 90. Ja akurat w tym uczestniczyłem na poziomie samorządowym, na poziomie struktur korporacyjnych, ministerialnych i poselskich od lat 90. Dla mnie najistotniejszą sprawą jest to, jak to wdrożyć przy takich, a nie innych ograniczeniach.

Zgadzam się, że trzeba jednak stale czuwać nad edukacją społeczną, bo to co państwo mówią, że boli mnie noga i idę do lekarza, to jest pewien wynik edukacji społecznej i mojej samooceny, ale to nie jest tak, żeby mieć pretensje do pacjenta, że jeśli coś go boli i coś go niepokoi, to on zwraca się do lekarza. Tego nie wolno robić. Trzeba budować pewną edukację, i to wiadomo też od lat 70. czy 80. Wtedy określiło się definicję zdrowia i wiadomo, że ta naprawcza służba zdrowia to jest tylko dwadzieścia-dwadzieścia parę procent, które mogą pacjentowi pomóc. Reszta, to są całkiem inne składniki, gdzie edukacja, promocja zdrowia, mają znaczenie.

Sądzę, że trzeba będzie jednak uważać na wdrożenie. Cieszę się, że zostaną wprowadzone pewne rozwiązania dotyczące mierników jakości, bo to jest ważne. Cieszę się również, że w podstawowej opiece zdrowotnej będzie nie tylko kapitacja, jeżeli chodzi o sposób płacenia, bo ona budziła wiele napięć i wątpliwości. Natomiast wydaje mi się, że to, co nazywa się koordynacją... To już chyba Siemaszko rozmawiał o koordynacji. W sta-

rych tak zwanych ZOZ mieliśmy prowadzoną koordynację i kompleksowe prowadzenie pacjenta. Ja sądzę, że te rozwiązania w ochronie zdrowia zawsze były stosowane. Trzeba do nich wrócić, bo nie wolno tworzyć enklawy POZ, enklawy specjalistka, enklawy szpital i jeszcze enklawy fizjoterapia itd, bo pacjent jest jeden, a przecież o nim mówimy.

Dziękuję. Na tym chciałbym zakończyć omawianie informacji. Wyczerpaliśmy porządek obrad. Zamykam posiedzenie Komisji.

Oczywiście protokół z posiedzenia Komisji, z załączonym pełnym zapisem jego przebiegu, będzie do wglądu w sekretariacie Komisji. Dziękuję bardzo.